**VLOGA III: Vloga za avtomatično priznanje poklicne kvalifikacije na podlagi usklajenih minimalnih pogojih usposobljenosti**

|  |
| --- |
| 1. OSEBNI PODATKI
 |

Ime:

Priimek:

Datum rojstva:

Kraj rojstva:

Državljanstvo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osebni dokument:

Kje in kdaj je bil izdan:

Do kdaj velja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov prebivališča v tujini:

Naslov prebivališča v Sloveniji:

Telefon:

E-mail:

|  |
| --- |
| 1. ŽELIM, DA ME O POSTOPKU OBVEŠČATE:
 |

Po pošti:

Po faksu:

P elektronski pošti:

|  |
| --- |
| 1. REGULIRANI POKLIC
 |

Prosim za priznanje poklicne kvalifikacije za opravljanje naslednjega reguliranega poklica (obkrožite):

1. Zdravnik
2. Zdravnik - specialist; področje specializacije:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Diplomirana medicinska sestra
4. Doktor dentalne medicine
5. Doktor dentalne medicine - specialist
6. Diplomirana babica
7. Veterinar
8. Magister farmacije
9. Pooblaščeni arhitekt

Ali ste v državi članici, iz katere prihajate kvalificirani za opravljanje zgoraj navedenega reguliranega poklica (obkrožite)? DA/NE

|  |
| --- |
| 1. PODATKI O IZOBRAŽEVANJU IN USPOSABLJANJU
 |

Ime izobraževalne ustanove (v matičnem jeziku):

Naslov izobraževalne ustanove:

Država:

|  |
| --- |
| 1. POKLICNE IZKUŠNJE
 |

|  |
| --- |
| Poklicne izkušnje iz opravljanje zadevnega reguliranega poklica (navedite datume, delovne organizacije, delovno mesto in priložite ustrezna potrdila): |

|  |
| --- |
| 1. DIPLOMA, SPRIČEVALO ALI DRUGA DOKAZILA
 |

Navedite vse dokumente, ki ste jih priložili k prošnji.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Datum:

Podpis kandidata: