

Priloga 3
Potrdilo o strokovnem izpitu

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO
o strokovnem izpitu

ime in priimek

rojen-a _____

je dne _____ pri _____

opravi-a

strokovni izpit za poklic _____

Številka: _____

Datum: _____

M.P.

predsednik/ca komisije

POOBLAŠČENI ZDRAVSTVENI ZAVOD

POTRDILO
o strokovnem izpitu

_____ ime in priimek

rojen-a _____

je dne _____ pri _____

opravi-a

strokovni izpit za poklic _____

Številka: _____

Datum: _____

M.P.

_____ predsednik/ca komisije