



(ime in priimek kandidata)

(naslov)

(telefon)

(elektronska pošta)

PRIJAVA K PREIZKUSU POSEBNIH NADARJENOSTI, ZNANJA, SPOSOBNOSTI IN SPRETNOSTI

Spodaj podpisani se prijavljam k opravljanju preizkusa za vključitev v izobraževalni program

zobotehnik
na SREDNJI ŠOLI ZA FARMACIJO, KOZMETIKO IN ZDRAVSTVO.

Dokončano imam _____
(ime in naslov srednje šole)

(program in stopnja izobrazbe – 5. ali 4.)

(zaključni izpit, poklicna matura, matura, diploma – za kandidata, ki je
zaključil srednjo šolo v času usmerjenega izobraževanja)

Kraj in datum _____

(podpis kandidata)