Številka prijave: 60321-6/2024/…………………….

**P R I J A V A**

**k opravljanju preizkusa ročnih spretnosti, sposobnosti razlikovanja barv in smisla za oblikovanje**

………………………………………………………………………..……………, rojen-a……………………………………………,

 (ime in priimek kandidata-ke) (dan, mesec, leto)

stanujoč-a………………………………………………………………………………………., …………………………………………,

 (naslov) (poštna številka in kraj)

Telefon enega od staršev: ……………………………………..………………………………………………………………….,

e-naslov enega od staršev: …………………………………………………………………………………. (PIŠI ČITLJIVO!)

e- naslov kandidata: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

prijavljam se k opravljanju preizkusa ročnih spretnosti, sposobnosti razlikovanja barv in smisla za oblikovanje za izobraževalni program **Tehnik zobne protetike.**

na šoli:

SREDNJA ŠOLA ZA FARMACIJO, KOZMETIKO IN ZDRAVSTVO,

Zdravstvena pot 1, 1000 Ljubljana

Datum ………………………….. ………………..………………………

 Podpis kandidata

 ……………………………………………….

 Podpis staršev

POTRDILO O PRIJAVI K PREIZKUSU ROČNIH SPRETNOSTI, SPOSOBNOSTI RAZLIKOVANJA BARV

# IN SMISLA ZA OBLIKOVANJE

Kandidat-ka………………………………………………………………….rojen-a…………………………………….se je dne…………………………….

na šoli: SREDNJI ŠOLI ZA FARMACIJO, KOZMETIKO IN ZDRAVSTVO V LJUBLJANI prijavil-a k preizkusu ročnih spretnosti, sposobnosti razlikovanja barv in smisla za oblikovanje.

Prijava ima številko: 60321-6/2024/…………………..

Datum…………….……….. Podpis odgovorne osebe:………………................

 M.P.