



SREDNJA ŠOLA ZA
FARMACIJO,
KOZMETIKO IN
ZDRAVSTVO LJUBLJANA,
Zdravstvena pot 1, 1104 Ljubljana

VLOGA ZA IZDAJO IZPISA IZ EVIDENCE

Ime: _____

Priimek (dekliški priimek): _____

Datum in kraj rojstva: _____

Naslov: _____

Mobilni telefon: _____

E-pošta: _____

Izobraževalni program, ki ste ga obiskovali: _____

Leto vpisa v prvi letnik: _____

Želim naslednji izpis iz evidence (ustrezno označite):

- 1. letnik

- 2. letnik

- 3. letnik

- 4. letnik

- spričevalo o zaključku izobraževanja

- obvestilo o uspehu pri zaključku izobraževanja

IZJAVA

Spodaj podpisani _____

izjavljam, da potrebujem izpis iz evidence, ker je bilo spričevalo (ustrezno podčrtajte):

izgubljeno, poškodovano, uničeno, odtujeno, _____ . (dopišite)

Kraj in datum: _____

(podpis)

Obrazec izpolnite in ga pošljite na e-naslov tanja.grabnar@ssfkz.si ali Srednja šola za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo Ljubljana, Zdravstvena pot 1, 1000 Ljubljana ali osebno v tajništvo šole.