

**VLOGA ZA PRIDOBITEV NACIONALNE POKLICNE KVALIFIKACIJE**

Prijavljam se v postopek za pridobitev nacionalne poklicne kvalifikacije

**ZDRAVSTVENI REŠEVALEC / ZDRAVSTVENA REŠEVALKA**

naziv kataloga standardov strokovnih znanj in spretnosti

*Prosimo vas, da pišete čitljivo in s tiskanimi črkami!*

**PODATKI O KANDIDATU/KI:**

1. Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Spol:        M        Ž

(obkrožite)

Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Kraj rojstva: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

2. Naslov:

a) Stalno prebivališče (ulica, št. in kraj): \_\_\_\_\_

Poštna številka in pošta: \_\_\_\_\_

b) Naslov za pošiljanje pošte (ulica, št. in kraj): \_\_\_\_\_

Poštna številka in pošta: \_\_\_\_\_

Telefonska številka/mobilna številka: \_\_\_\_\_

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_

3. Stopnja izobrazbe: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

Poklicni/strokovni naziv: \_\_\_\_\_

Zaposlitveni status: \_\_\_\_\_

4. Zaposlitev:

Ime delodajalca: \_\_\_\_\_

Naslov delodajalca: \_\_\_\_\_

Naziv delovnega mesta: \_\_\_\_\_

5. Podatki o izpolnjevanju posebnih pogojev iz točke 2.2. kataloga standardov strokovnih znanj in spretnosti\*:

POSEBNI POGOJ	DOKAZILO
<ul style="list-style-type: none"><li>srednja strokovna izobrazba s področja zdravstvene nege</li></ul>	Spričevalo o poklicni maturi ali zaključnem izpitu
<ul style="list-style-type: none"><li>opravljen strokovni izpit iz zdravstvene nege</li></ul>	Potrdilo o strokovnem izpitu
<ul style="list-style-type: none"><li>eno leto delovnih izkušenj s področja zdravstvene nege</li></ul>	Potrdilo delodajalca ali delovna knjižica ali potrdilo iz ZPIZ-a
<ul style="list-style-type: none"><li>vozniški izpit B-kategorije</li></ul>	Vozniško dovoljenje
<ul style="list-style-type: none"><li>opravljen zdravniški pregled za delo v reševalni službi</li></ul>	Zdravniško spričevalo
<ul style="list-style-type: none"><li>Europass življenjepis CV</li></ul>	<a href="https://europass.cedefop.europa.eu/editors/sl/cv/compose">https://europass.cedefop.europa.eu/editors/sl/cv/compose</a>

**priložite fotokopije vseh dokazil!!!**

Prijavljam se na razpisani rok pregleda osebne zbirne mape, ki bo potekal dne: \_\_\_\_\_

Informacije v zvezi s postopkom pridobitve NPK želim prejemati (prosimo označite)

- a. Po elektronski pošti
- b. Po pošti na naslov \_\_\_\_\_

6. Moje delovne izkušnje na področju zdravstvene nege:

- Število let delovne dobe v ZN: \_\_\_\_\_

(*podpis in žig delodajalca* ali priloga *potrdilo delodajalca*)

- Število let delovnih izkušenj na delovnem področju reševalne službe:

od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

- Opiši delovne izkušnje pri delu strokovnega področja (*v okviru Kataloga!!!*):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Opravljena izobraževanja iz širšega in ožjega področja zdravstvene nege, kot npr: seminarji, tečaji, konference, delavnice, treningi varne vožnje, predavanja, članki in drugo in **(navedite novejša in priložite fotokopije vseh dokazil!)**:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

8. Pridobljene reference (referenčno pismo) delodajalca: DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

**(priloži dokazilo)**

9. Plačilo stroškov postopka za pridobitev certifikata npk:

*Na podlagi 12. člen Pravilnika o načinu in postopku preverjanja in potrjevanja nacionalnih poklicnih kvalifikacij (Ur.l.št.: 67/15) ter Metodologije oblikovanja cene za pridobitev certifikata o nacionalni poklicni kvalifikaciji, znesek postopka preverjanja in potrjevanja z DDV znaša 267,00 €, ki ga nakažete na poslovni račun Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Zaloška c. 2, Ljubljana, št. SI56 01100 - 6030277894 konto št. 2993030 - 8449904. Na nakazilu naj bodo razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca. Račun bomo plačniku izdali po zaključku postopka. V primeru, da potrebujete kakršnekoli informacije, se lahko obrnete na svetovalca za NPK, g. Petra Napotnika ([peter.napotnik@kclj.si](mailto:peter.napotnik@kclj.si)) 031 684 804.*

Izjava o plačniku **(ustrezno obkroži in izpolni)**:

a. Kandidat sam:

Spodaj podpisani kandidat / ka \_\_\_\_\_ se obvezujem, da bom po zaključenem postopku in izdanem računu, sam poravnal vse stroške nastale v okviru postopka potrjevanja in preverjanja NPK zdravstveni reševalec / zdravstvena reševalka.

b. Delodajalec oz. druga pravna oseba:

Izjavljamo, da bomo kandidatu / ki \_\_\_\_\_, ki se prijavlja v postopek potrjevanja in preverjanja NPK zdravstveni reševalec /reševalka, po zaključenem postopku in izdanem računu, poravnali stroške nastale v okviru postopka.

Ime oz. naziv plačnika: \_\_\_\_\_

Naslov (ulica, št.): \_\_\_\_\_

Poštna št. in pošta: \_\_\_\_\_

Podpis odgovorne osebe in žig: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis svetovalca

Podpis kandidata

## **IZJAVA**

Podpisani/a izjavljam, da so navedeni podatki in dokumenti, ki sem jih posredoval/a v Prijavi v postopek za pridobitev Nacionalne poklicne kvalifikacije resnični.

Podpisani/a soglašam, da se podatki, navedeni na obrazcu, uporabljajo za zahteve evidenc in registrov na področju poklicnih kvalifikacij, izobraževanja in zaposlovanja (Zakon o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/04))

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis kandidata \_\_\_\_\_