



**IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV ZA DELOVNO MESTO  
ADMINISTRATOR V (DM ŠIFRA 237), JAVNA OBJAVA 10009-15/2021**

Podpisani/a:

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Prejšnji priimek: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

**Podatki o pridobljeni izobrazbi, zahtevani za  
zasedbo delovnega mesta**

Ime in sedež šole/zavoda: \_\_\_\_\_

Strokovni oz. znanstveni naslov: \_\_\_\_\_

Številka listine: \_\_\_\_\_

**Datum diplomiranja:** \_\_\_\_\_

Datum izdane listine: \_\_\_\_\_

**Podatki o zadnji pridobljeni izobrazbi**

Ime in sedež šole/zavoda: \_\_\_\_\_

Strokovni oz. znanstveni naslov: \_\_\_\_\_

Številka listine: \_\_\_\_\_

**Datum diplomiranja:** \_\_\_\_\_

Datum izdane listine: \_\_\_\_\_

Podatki o opravljenem PDI: Datum: \_\_\_\_\_

izjavljam, da:

- za namen tega natečajnega postopka za delovno mesto administrator V, delovno mesto 237, dovoljujem Zdravstvenemu inšpektoratu RS pridobitev zgoraj navedenih podatkov iz uradnih evidenc.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ (podpis)