**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 kandidata: …………………………………………………………..,

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

telefon enega od staršev: ……………………………………..………….. ,

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

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

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.

Datum…………….………..

 M.P. Podpis odgovorne osebe

 …………………………..……….