



IZSTOPNA IZJAVA

Podpisani/a (priimek in ime): _____

dekliški priimek: _____

rojen/a v: _____ dne: _____

stanujoč (ulica in številka): _____

kraj: _____ pošt.štev.: _____

telefon: _____ e-pošta: _____

državljanstvo: _____

zaposlen/a (naziv in naslov): _____

poštna številka: _____ telefon: _____

delovno mesto: _____

Področje dela: a. somatika b. psihiatrija c. geriatrija d. drugo _____
(ustrezno obkroži)

diplomiral /a na: _____

Kraj _____ dne _____

se izpisujem iz Zbornice delovnih terapevtov Slovenije (navedite vzrok):

V _____, dne _____ Podpis _____