

Комора медицинских сестара и здравствених техничара  
ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ РЕШЕЊА О ЛИЦЕНЦИ

Идентификациони број	(додељује га огранак КМСЗТС)
Име, (име једног родитеља), презиме	
ЈМБГ, број личне карте	
Држављанство	
Девојачко презиме	
Адреса становања	
Место становања, поштански број	
Телефон, моб.тел., Е-маил	
Подаци о запослењу (установа, адреса, место, телефон)	
Стручна спрема	
Профил	
Број и датум решења о упису у именик чланова КМСЗТС	

**Уз захтев приложити следећу документацију:** решење о упису у именик чланова КМСЗТС, оверену фотокопију дипломе високе, више или средње стручне спреме здравствене струке, нострификовану диплому високе, више или средње стручне спреме здравствене струке стечену у иностранству, оверену фотокопију уверења о положеном стручном испиту за здравствене раднике, оригинал потврде о радном односу и пословима које непосредно обавља здравствени радник.

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_

Својеручни потпис \_\_\_\_\_