Oda e Stomatologëve të Kosovës

Stomatološka Komora Kosova ● Dental Chamber of Kosova

APLIKACIONI PËR LICENCIM / RILICENCIM TË PËRGJITHSHËM / SPECIALISTIK

Numri i Licencës:
(në rast të aplikimit për rilicencim apo licencim specialistik)

Aplikacioni është dorëzuar për: ☐ Licencim i përgjithshëm ☐ Licencim specialistik ☐ Rilicencim i përgjithshëm ☐ Rilicencim specialistik

Emri, emri i prindit dhe mbiemri		
Data dhe vendi i lindjes		
Numri personal		
Adresa		
Numri i telefonit dhe email adresa		
Vendi dhe data e diplomimit		
Detaje mbi vendin e punës	Emri i institucionit shëndetësor	
	Data e punësimit dhe vendi	
	Specializimi	
	Data specializimit	

Deklaratë:

Nën përgjegjësinë time morale dhe penale deklaroj, se të dhënat e shënuara më lartë janë valide dhe të sakta. Jam në dijeni që deklarata e rrejshme është vepër penale në bazë të Kodit Penal të Kosovës.

Anëtar i Odës	Emri dhe Mbiemri	Nënshkrimi	Data
PO / JO (të rrumbullakësohet)			