FORMULAR APLIKIMI

KËRKESË PËR VËRTETIM

QENDRA KOMBËTARE E EDUKIMIT NË VAZHDIM MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE

***Shënim****: Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qart*ë *informacionin e kërkuar në fushat më poshtë,* ***ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.***

Nr. Prot:

Date:

HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN

**Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni:**

**Tel:** + 355 (4) 245 22 86

**E-mail:** [Q**KEV***@***shendetesia**.**gov**.**al**](mailto:QKEV@shendetesia.gov.al) **Web:** [www.qk**ev**.g**o**v.**al**](http://www.qkev.gov.al/)

SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKANTIN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

SEKSIONI B: KERKESE PER VERTETIM

**1. Emër**

**2. Emri i babait**

**3. Mbiemri**

**5. Profesioni/**

**Specialiteti**

**7. E- mail**

**9. Adresa e aplikantit**

**4. NID**

*Nr. i identifikimit*

*personal*

**6. Datëlindja**

**8. Tel/ Cel**

**Nr. i licencës** *(leja e ushtrimit të profesionit)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data a e lëshimit të licencës :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data e mbarimit të licencës :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR

**Shënim: K**y f**ormular ë**shtë i vlefshëm nëse bashkëngjitet dokumentacioni i mëposhtëm:

**Leja e ushtrimit të profesionit (licencë)**

**Letërnjoftim elektronik (ID)**

**Nënshkrimi i aplikantit**

**Data**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |