

Priloga 4. POTRDILO O OPRAVLJENEM USPOSABLJANJU/IZPOPOLNJEVANJU IN PREIZKUSU ZNANJA

IZVAJALEC

(naziv izvajalca usposabljanja ali obdobjnega izpopolnjevanja in preizkusa znanja)

potrjuje, da je

KANDIDAT ZA REŠEVALCA NA SMUČIŠČU:

(ime in priimek)

(EMŠO)

opravi dne _____

- ☐ USPOSABLJANJE IZ VSEBIN NUJNE MEDICINSKE POMOČI
- ☐ OBDOBNO IZPOPOLNJEVANJE IZ VSEBIN NUJNE MEDICINSKE POMOČI
- ☐ USPOSABLJANJE IZ TEHNIČNIH VSEBIN REŠEVANJA
- ☐ OBDOBNO IZPOPOLNJEVANJE IZ TEHNIČNIH VSEBIN REŠEVANJA

s tem, da

- ☐ kandidat je opravil usposabljanje iz vsebin nujne medicinske pomoči
- ☐ kandidat je dostavil dokazilo za usposobljenosti iz vsebin nujne medicinske pomoči (dokazilo je obvezna priloga potrdila o opravljenem usposabljanju / obdobjnem izpopolnjevanju)
- ☐ kandidat je opravil usposabljanje iz tehničnih vsebin reševanja
- ☐ kandidat je dostavil dokazilo za usposobljenosti iz tehničnih vsebin reševanja (dokazilo je obvezna priloga potrdila o opravljenem usposabljanju / obdobjnem izpopolnjevanju)

in dne _____ **uspešno opravi**

- ☐ PREIZKUS ZNANJA IZ VSEBIN NUJNE MEDICINSKE POMOČI
- ☐ PREIZKUS ZNANJA IZ TEHNIČNIH VSEBIN REŠEVANJA

Številka potrdila: _____

Kraj in datum: _____

Podpis odgovorne osebe: _____ in žig izvajalca