

**FORMULAR APLIKIMI PËR MJEKË/INFERMIERË NË
QENDRA SHËNDETËSORE**

Kërkesë: _____

_____ Po
zicioni për të cilin aplikohet _____ QSH _____

1. Të dhëna personale:

Emër, Atësi, Mbiemër: _____/_____/_____

Vendbanimi _____ Adresa: _____

Telefoni fiks: _____ Mob. _____

E-mail: _____ Numër ID: _____

Pozicioni aktual: _____ Institucioni: _____

2. Arsimi:

Universiteti: _____

Diplomuar në Fakultetin: _____ Dega: _____

Periudha: _____ -- _____ Nr. diplome: _____ Nr. regjistri: _____

Diplomë specializimi: _____ Nr. diplome _____ Nr. regjistri _____

Master: _____ Në fushën: _____

Lëshuar nga: _____

Licencë e lëshuar nga urdhri: _____ Nr. licence: _____

3. Dokumentacioni i dorëzuar: (do të plotësohet nga nëpunësi në MSH në prani të aplikantit)

	Po	Jo
1. Fotokopje e noterizuar e diplomës dhe listës së notave-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diplomë specializimi-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Licenca e urdhrit të profesionistit (fotokopje noterizuar)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Çertifikatë familjare-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dëshmi penaliteti-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dëshmi e gjuhës së huaj-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diplomë pasuniversitare-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jetëshkrimi (CV)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Raport mjekësor-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trajnime/Kualifikime-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Te tjera -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deklaroj me përgjegjësinë time ligjore që të dhënat janë të sakta dhe të marra në rrugë zyrtare ligjore.

Aplikanti/Deklaruesi

Emër, Mbiemër, Firmë

Nëpunësi

Data e aplikimit