



Zadeva: SOGLASJE ZA ZPIZ

Spodaj podpisani/-a _____ soglašam, da izvajalec usposabljanja Srednja šola Izola-Scuola media Isola v mojem imenu pridobi podatke o obdobjih zavarovanja v Republiki Sloveniji. Podatki bodo uporabljeni izključno za namen izvedbe usposabljanja v okviru projekta »Usposabljanje mentorjev 2021–2023«.

PODTAKI O ZAVAROVANCU/-KI:

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

EMŠO: _____

Kraj in datum podpisa:

Podpis udeleženca/-ke:
