
(Ime in priimek imetnika listine o izobraževanju)

(Ulica bivališča, na katerem sem dosegljiv/-a)

(Poštna številka, kraj pošte)

(Država)

(DATUM)

SREDNJA ZDRAVSTVENA IN KOZMETIČNA ŠOLA MARIBOR

Trg Miloša Zidanška 3

2000 Maribor

ZADEVA: KRATEK KRONOLOŠKI OPIS CELOTNEGA IZOBRAŽEVANJA

Spodaj podpisan/-a _____, rojen/-a dne _____ v kraju _____, državi _____ sem zaključil/-a osnovno šolo _____ v kraju _____, v šolskem letu _____.

Prvi razred osnovne šole sem pričel/-a obiskovati v šolskem letu _____ na osnovni šoli _____.

(V primeru, da ste med svojim izobraževanjem osnovno šolo zamenjali, dodatno navedite v katere šole ste hodili, kdaj ste se prepisali, ali ste ponavljali, ali ste imeli podaljšan status... Če ste že bili vpisani v kateri program srednje šole, navedite letnico vpisa in letnico razreda, ki ste ga nazadnje uspešno zaključili.)

Podpis