

(Obrazec 4)

.....

.....

.....

(ime, priimek, naslov, telefon koordinatorja)

**RS, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve**  
**INŠPEKTORAT RS ZA DELO**  
**Parmova 33**

**1000 LJUBLJANA**

**PRIJAVNICA**  
**K OBDOBNEM PREIZKUSU ZNANJA STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI**  
**KOORDINATORJEV**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_,  
(ime in priimek, evidenčna številka potrdila koordinatorja)

se v skladu z 31.členom Pravilnika o programu in načinu usposabljanja koordinatorjev za varnost in zdravje pri delu na začasnih in premičnih gradbiščih (Uradni list RS št.31/2008) prijavljam za opravljanje obdobnega preizkusa znanja strokovne usposobljenosti koordinatorjev, ki bo dne \_\_\_\_\_.

Potrdilo o opravljenem preizkusu in druga morebitna sporočila mi prosim pošljite na moj domači naslov:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stroške preizkusa usposobljenosti bo plačal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(plačnik, naslov, davčna številka)

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_  
(kraj in datum)

\_\_\_\_\_  
(lastnoročni podpis)

VROČENO:

- priporočeno po pošti
- ali
- osebno na IRSD