**PRIJAVA NA CEPLJENJE PROTI COVID-19 ZA MATURANTE**

**Ob prijavi navedite naslednje podatke:**

**Naziv vzgojno izobraževalnega zavoda, kjer se šolate:**

**Ime in priimek:**

**Datum rojstva:**

**Številka mobilnega telefona:**

**Navedba izbranega osebnega zdravnika:**

**Prebolel COVID-19 DA/NE (če DA, datum zbolelosti):**

**Ime in priimek maturanta:**

**Podpis maturanta:**

**Podpis zakonitega zastopnika (za maturanta,**

**ki še ni dopolnil 18 let):**

**PRIJAVA NA CEPLJENJE PROTI COVID-19 ZA ZAPOSLENE, KI NEPOSREDNO SODELUJEJO PRI IZVEDBI MATURE**

**Ob prijavi navedite naslednje podatke:**

**Naziv vzgojno izobraževalnega zavoda, kjer ste zaposleni:**

**Ime in priimek:**

**Datum rojstva:**

**Številka mobilnega telefona:**

**Navedba izbranega osebnega zdravnika:**

**Prebolel COVID-19 DA/NE (če DA, datum zbolelosti):**

**Ime in priimek:**

**Podpis:**