

CERTIFIKATË SHËNDETËSORE

ZDRAVSTVENO UVERENJE

C	M	0	1	0	2
---	---	---	---	---	---

Për regjistrim në shkolla fillore, të mesme, të larta, fakultete dhe nivele të tjera të shkollimit
Za upis u osnovnu školu, srednju, višu, fakultete i drugim nivoima školovanja

Institucioni Shëndetësor / Zdravstvena Institucija		NIP / BIP	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Kodi / Kod	<input type="text"/>	Nr. Personal	<input type="text"/>
Publik / Javna	<input type="text"/>	Lični Br.	<input type="text"/>
Privat / Privatna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vendi / Mesto	<input type="text"/>		
Nr. i Kartelës Shëndetësore / Br. Zdravstvenog Kartona			
<input type="text"/>			
Nr. i Regjistrir	<input type="text"/>	Emri / Ime	
Br. Registra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mjeku / Lekar	<input type="text"/>		
Emri i prindit / Ime roditelja			
<input type="text"/>			
Nr. Identifikues	<input type="text"/>	Mbiemri / Prezime	<input type="text"/>
Br. Identifikacije	<input type="text"/>	Viti i lindjes	<input type="text"/>
Tel. / Tel.	<input type="text"/>	Godina rodjenja	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Gjinia	<input type="text"/>
		Pol	<input type="text"/>
		M/M	<input type="text"/>
		F/Ž	<input type="text"/>
		Adresa	
		<input type="text"/>	
		Adresa	
		<input type="text"/>	
		Alergjtitë / Alergije:	
		<input type="text"/>	

Konstatohet se / Konstatira se:

Mjeku i Përgjithshëm, Specialisti i Mjekësisë Familjare, Pediatri ose Internisti
Opšti lekar, Specijalista Porodične Medicine, Pedijatar ili Internista

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/D	M/M	V/G

Vendi:
Mesto: _____

V.V
M.P.

Drejtori:
Direktor: _____

Nënshkrimi / Potpis