



## Shkolla e Mesme e Mjekësisë

Adresa: Magjistrallja Prishtinë-Ferizaj • Tel: +383 44 100 491 • Email: shm@ubt-uni.net

Shënim:

- Ju lutemi të plotësoni të gjitha hapësirat, me shkronja të shtypit, nënshkruani dhe dorëzoni formularin në kampusin e Shkollës së Mesme të Mjekësisë së bashku me dokumentet e tjera që kërkohen.
- Në rast se informatat e dhëna më poshtë ndryshojnë, Shkolla duhet të njoftohet menjëherë përmes email-it.
- Informatat e dhëna më poshtë do të mbahen konfidenciale dhe shërbejnë vetëm për përdorim të brendshëm.

### FORMULAR PËR REGJISTRIM

#### TË DHËNAT PERSONALE TË NXËNËSIT:

Emri: .....

Mbiemri: .....

Nacionaliteti: .....

Data e lindjes: ...../...../..... (Dita/Muaji/Viti)

Gjinia:  Mashkull  Femër

Gjuha amë: .....

Email-a e nxënësit (nëse ka): .....

Numri i telefonit: .....

A keni aplikuar për regjistrim në këtë shkollë më parë?  Po  Jo

#### INFORMATAT PERSONALE RRETH FAMILJES (SHËNONI INFORMATAT E PRINDËRVE / KUJDESTARËVE):

*(Prindi/Kujdestari 1)*

Emri: .....

Mbiemri: .....

Profesioni: .....

Marrëdhënia (p.sh. babai, nëna, njerku,njerka): .....

Numri i telefonit: .....

Email: .....

Adresa/Vendbanimi: .....

*(Prindi/Kujdestari 2)*

Emri: .....

Mbiemri: .....

Profesioni: .....

Marrëdhënia (p.sh. babai, nëna, njerku,njerka): .....

Numri i telefonit: .....

Email: .....

Adresa/Vendbanimi: .....

### **REGJISTRIMI NË NIVELIN MËSIMOR**

Drejtimi që dëshironi të regjistroheni (rrumbullaksoni):

- 1) Asistent Dentar
- 2) Bashkëpunëtor profesional i infermierisë
- 3) Teknik i Farmacië
- 4) Teknik i Laboratorit Mjekësor

Klasa që dëshironi të regjistroheni (rrumbullaksoni):

- 1) Klasa X
- 2) Klasa XI
- 3) Klasa XII

### **SHKOLLIMI PARAPRAK**

<b>Emri i shkollës</b>	<b>Niveli</b>	<b>Viti shkollor</b>	<b>Suksesi</b>

## INFORMATA SHËNDETËSORE PËR NXËNËSIN

			Nëse PO, specifikoni:
A ka fëmija juaj ndonjë alergji?	<b>PO</b>	<b>JO</b>	
A ka fëmija juaj ndonjë paaftësi?	<b>PO</b>	<b>JO</b>	
A ka fëmija ndonjë problem tjetër shëndetësor?	<b>PO</b>	<b>JO</b>	
A ka fëmija juaj ndonjë pengesë që kërkon trajtim të veçantë?	<b>PO</b>	<b>JO</b>	

## PJESËMARRJA NË AKTIVITETE DHE SHËRBIMET E VEÇANTA

Për ta lejuar fëmijën tuaj që të merr pjesë në aktivitete jashtë-kurrikulare dhe të përdor shërbimet e veçanta, ju duhet të jepni pëlqimin / aprovimin tuaj duke e rrumbullakësuar njëren nga alternativat:

Pjesëmarrja në ekskurzione	<b>PO</b>	<b>JO</b>
Sigurimi i ushqimit në shkollë	<b>PO</b>	<b>JO</b>
Sigurimi i transportit	<b>PO</b>	<b>JO</b>

UNË, i poshtëshënuari, me përgjegjësi të plotë pajtohem dhe vërtetoj se të gjitha të dhënat në këtë formular janë të sakta!

Emri dhe Mbiemri (me shkronja të mëdha tështypit): .....

Numri personal i letërnjoftimit: .....

Nënshkrimi: .....

Data: .....