



**FORMULAR APLIKIMI**  
PËR REGJISTRIMIN NË PROGRAMIN E CERTIFIKIMIT  
AGJENCIA E SIGURIMIT TË CILËSISË SË KUJDESIT  
SHËNDETËSOR DHE SHOQËROR  
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE



<b>Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni:</b> Tel: + 355 (4) 245 22 86 E-mail: info@asck.gov.al Web: www.asck.gov.al	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
<b>Shënim:</b> Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë, <b>ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.</b>	Nr. Prot: Date:

**SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKANTIN**

<b>1. Emër</b>	<input type="text"/>	<b>2. Emri i babait</b>	<input type="text"/>
<b>3. Mbiemri</b>	<input type="text"/>	<b>4. NID</b> Nr. i identifikimit personal	<input type="text"/>
<b>5. Profesion/ Specialiteti</b>	<input type="text"/>	<b>6. Datëlindja</b>	<input type="text"/>
<b>7. E- mail</b>	<input type="text"/>	<b>8. Tel/ Cel</b>	<input type="text"/>
<b>9. Adresa e aplikantit</b>	<input type="text"/>		

**SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI REGJISTRIMIN**

<b>1. Institucioni</b>	<input type="text"/>	<b>2. Viti i licencimit për herë të parë</b>	<input type="text"/>
<b>3. Nr. i licencës</b>	<input type="text"/>	<b>4. Adresa e institucionit</b>	<input type="text"/>
<b>5. Data e lëshimit të licencës</b>	<input type="text"/>	<b>6. Data e mbarimit të licencës</b>	<input type="text"/>

**Shënim:** Ju lutem, formularin e plotësuar dorëzoheni përmes postës në këtë adresë: Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 84, Tiranë, Shqipëri; ose në adresën elektronike të shënuar në krye të formularit të aplikimit.

**SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR**

**Shënim:** Ky formular është i vlefshëm nëse bashkëngjitet dokumentacioni i mëposhtëm:

- Leja e ushtrimit të profesionit (licencë)  
 Letërnjoftim elektronik (ID)

**KLAUZOLA DEKLARATIVE**

Unë i/e nënshkruari/a \_\_\_\_\_ në dijeni të përgjegjësive penale që rrjedhin nga deklarimi dhe paraqitja e të dhënave e rrethanave të rreme, nën përgjegjësinë time personale deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe në respektim të ligjit Nr. 9887 "Për mbrojtjen e të dhënave personale" të ndryshuar, autorizoj me vullnetim tim të lirë institucionin, të përpunojë dhe të përdorë të dhënat e mia personale, për qëllime statistikore dhe të shqyrtimit të aplikimit.

Njoftojmë se autorizimi i mëposhtëm është vullnetar

Autorizoj institucionin të përpunojë të dhënat e mia personale (emër, mbiemër, numër telefoni ose email) të mbledhura më sipër, me qëllim zhvillimin e sondazheve të automatizuara për marrjen e opinionit tim, në lidhje me cilësinë e ofrimit të shërbimit.

Nënshkrimi i aplikantit  Data

Ky formular është standardizuar nga ADISA



AGJENCIA E OFRIMIT TË SHËRBIMEVE  
PËR LIRI TË INTEGRUAR  
AGENCY FOR THE DELIVERY OF  
INTEGRATED SERVICES ALBANIA