

**DRŽAVNI IZPITNI CENTER**  
Kajuhova ulica 32 U  
1000 Ljubljana



Številka: 022-3/2014-N

## IZJAVA

Glede na določila o varovanju zaupnih podatkov pri nacionalnem preverjanju znanja z lastnoročnim podpisom potrjujem, da v

šolskem letu **2014/2015**

- **IMAM OŽJE SORODNIKE V OSNOVNI ŠOLI**, ki bodo opravljali nacionalno preverjanje znanja  
v 6. razredu: \_\_\_\_\_  
v 9. razredu: \_\_\_\_\_

Navedite vrsto sorodnika (sin, hči, brat, sestra), v 9. razredu pa tudi tretji predmet, iz katerega vaš sorodnik opravlja NPZ (npr. sin – kemija).

- **NIMAM OŽJIH SORODNIKOV**, ki bi opravljali nacionalno preverjanje znanja v osnovni šoli.

/prosimo, ustrezno obkrožite/

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Lastnoročni podpis: \_\_\_\_\_