**VLOGA ZA IMENOVANJE GLAVNIH MENTORJEV ZA SPECIALIZACIJE S PODROČJA DENTALNE MEDICINE**

Naziv pooblaščene ustanove:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IME IN PRIIMEK DOKTORJA DENTALNE MEDICINE** | **PODROČJE/LICENCA** | **SOGLASJE DOKTORJA DENTALNE MEDICINE K IMENOVANJU\*** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Opomba: \*predlagani doktor dentalne medicine svoje soglasje k imenovanju poda z lastnoročnim podpisom.**

Za glavnega mentorja specializantom Zdravniška zbornica Slovenije, na predlog pooblaščenega izvajalca, lahko imenuje:

* zdravnika specialista, ki ima učiteljski naslov, naziv svetnika ali višjega svetnika s strokovnega področja specializacije,
* zdravnika specialista, ki ima naslov primarij, ali
* zdravnika specialista z najmanj štirimi leti praktičnih izkušenj na svojem področju po opravljenem specialističnem izpitu, ki je v trenutnem licenčnem obdobju zbral povprečno na leto najmanj 30 kreditnih točk, ki so v skladu s predpisom, ki ureja zdravniške licence, potrebne za podaljšanje licence, in se ustrezno usposablja za mentorja po usmeritvah stroke.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na Klaro Zupančič preko e-pošte: ***klara.zupancic@zzs-mcs.si***ali na tel. št.: 01 30 72 124.

Ime in priimek predlagatelja:

Datum: Podpis: