



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zss-mcs.si

📞 +386 (0) 1 30 72 100

VLOGA ZA OPRAVLJANJE SEKUNDARIATA

Podpisani/a _____,

stanujoč/a _____,

poštna številka in kraj _____,

se prijavljam za opravljanje **obveznega dela sekundariata – program pripravništva**

v ustanovi _____

v trajanju šestih (6) mesecev.

Pričetek: _____ (mesec in leto)

in za opravljanje **izbirnega dela sekundariata** v sklopih, ki trajajo najmanj dva meseca, na naslednjih strokovnih področjih in v naslednjih ustanovah:

a) _____,

b) _____ in

c) _____.

Izbirni del sekundariata traja največ šest (6) mesecev v obliki kroženj, ki trajajo najmanj dva meseca.

Pričetek: _____ (mesec in leto).

Zgoraj navedenih strokovnih področij zdravnik sekundarij **po dokončnosti odločbe o opravljanju izbirnega dela sekundariata ne more spremeniti.**

Datum: _____ Podpis: _____

Priporočilo:

Glede na določilo drugega odstavka 16. člena Zakona o zdravniški službi se zdravniku v program specializacije **obvezno všteva do šestmesečno usposabljanje (izbirni del sekundariata) po opravljenem strokovnem izpitu, če ustreza programu specializacije.**

V kolikor boste za izbirni del sekundariata izbrali področje, ki spada v nadaljevalni del specializacije, se bo to kroženje obvezno vštelo v specializacijo in ga **tekom specializacije ne boste več opravljali**, zato vam priporočamo, da se v okviru izbirnega dela sekundariata odločite za **daljša kroženja, ki spadajo v začetni del specializacije**, saj boste v tem primeru lahko v okviru specializacije dodatno obnovili znanje, ki ga boste pridobili tekom sekundariata.