**VLOGA ZA OPRAVLJANJE OBVEZNEGA DELA SEKUNDARIATA (PRIPRAVNIŠTVO)**

**Podpisani/a:**

**Stanujoč/a:**

**Poštna številka in kraj:**

se prijavljam za opravljanje obveznega dela sekundariata - pripravništvo

**v ustanovi:**

v trajanju šestih (6) mesecev.

**Pričetek:**

(mesec in leto).

**Za nadzornega mentorja predlagam\*:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prva izbira) ali

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (druga izbira).

\* V primeru, da sta predlagana nadzorna mentorja zasedena, nadzornega mentorja določi zbornica.

[ ] Soglašam, da Zdravniška Zbornica Slovenije za potrebe izvajanja obveznega dela sekundariata, posreduje moj elektronski naslov in telefonsko številko, nadzornemu mentorju in delodajalcu za obvezni del sekundariata.

Datum: Podpisani: