**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: