**VLOGA ZA OPRAVLJANJE SEKUNDARIATA**

**Podpisani/a:**

**Stanujoč/a:**

**Poštna številka in kraj:**

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

**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.

Izbirni del sekundariata sestoji iz sklopov, ki trajajo najmanj dva meseca.

Prijavljam se za opravljanje **izbirnega dela sekundariata** na naslednjih strokovnih področjih in v naslednjih ustanovah:

1.)

2.)

3.)

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.**

**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 sekundariata, posreduje moj elektronski naslov in telefonsko številko, nadzornemu mentorju in delodajalcu/em za obvezni in izbirni del sekundariata.

Datum: Podpisani:

**Obvezne priloge k vlogi:**

* potrdilo o zaključku študija na medicinski fakulteti ali diplomo medicinske fakultete;
* za delavce iz tretjih držav: odločbo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, ki jo izda v postopku priznavanja poklicne kvalifikacije na podlagi določil pravilnika, ki ureja pripravništvo in strokovne izpite zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti ali sklep Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, ki ga izda na podlagi določil zakona, ki ureja priznavanje poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist;
* potrdilo o plačilu upravne takse; 22,60 EUR. Ob vložitvi vloge mora biti v skladu z določili Zakona o upravnih taksah (Uradni list RS, št. 106/10 – uradno prečiščeno besedilo, 14/15 – ZUUJFO, 84/15 –ZZelP-J, 32/16 in 30/18 – ZKZaš) plačana upravna taksa v vrednosti 4,50 EUR (tarifna št. 1) za vložitev vloge in 18,10 EUR (tarifna št. 3) za izdajo odločbe, kar znaša skupaj 22,60 EUR. Navedeni znesek poravnate s plačilom na IBAN št.: SI56-0110-0100-0315-637, sklic: SI11 27111-7111002-719504, koda namena.

**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.

Pogoj za pričetek opravljanja izbirnega dela sekundariata je opravljen strokovni izpit.