



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zzs-mcs.si

☎ +386 (0) 1 30 72 100

**RAZGOVOR PRED ODOBRTVIJO SPECIALIZACIJE za kandidate, ki niso v
izbirnem postopku**

Ime in priimek kandidata: _____

Specializacija: _____

za nacionalni razpis / za znanega izvajalca / z znanim plačnikom (ustrezno obkrožite)

Z nacionalnim koordinatorjem specializacije oz. njegovim namestnikom

(ime in priimek nacionalnega koordinatorja oz. njegovega namestnika)

in

***1s predstavnikom izvajalca** (navesti ime in priimek predstavnika izvajalca ter ustanovo)

je bil opravljen razgovor dne: _____ .

Ugotovitve koordinatorja oz. njegovega namestnika in *predstavnika izvajalca:

Izpolni le koordinator specializacije oz. njegov namestnik:

Predlagam, da se specializacija kandidatu: **ODOBRI** / **NE ODOBRI** (ustrezno obkrožite)

Za glavnega mentorja kandidatu predlagam: _____

****2** Za delodajalca tekom specializacije predlagam: _____

Podpis koordinatorja oz. njegovega namestnika: _____

*Podpis predstavnika izvajalca: _____

Izpolnjen obrazec pošljite po pošti na naslov: Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana,
oz. po elektronski pošti na naslov: gp.zzs@zzs-mcs.si

***1** Velja le za kandidata, ki kandidira na razpis za znanega izvajalca. Kandidat, ki kandidira na nacionalni razpis ali na razpis z znanim plačnikom opravi razgovor le s koordinatorjem oz. njegovim namestnikom.

****2** Izpolniti le za kandidata, ki kandidira za nacionalni razpis.