

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

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_

Specializacija: \_\_\_\_\_

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

**Z nacionalnim koordinatorjem specializacije oz. njegovim namestnikom**

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek nacionalnega koordinatorja oz. njegovega namestnika)

je bil opravljen razgovor dne: \_\_\_\_\_ .

Ugotovitve koordinatorja oz. njegovega namestnika:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Predlagam, da se specializacija kandidatu: **ODOBRI** / **NE ODOBRI**

Za glavnega mentorja kandidatu predlagam: \_\_\_\_\_

Podpis koordinatorja oz. njegovega namestnika: \_\_\_\_\_

**\*Na razgovor je bil vabljen predstavnik izvajalca:** \_\_\_\_\_  
(ime in priimek predstavnika izvajalca)

Naziv izvajalca (navesti ustanovo): \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_

Podpis predstavnika izvajalca: \_\_\_\_\_

*\* Velja le za kandidate, ki kandidirajo na razpis za znanega izvajalca. Kandidati, ki kandidirajo na nacionalni razpis ali na razpis z znanim plačnikom opravijo razgovor le s koordinatorjem.*

Izpolnjen obrazec pošljite po pošti na naslov: Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska c. 162,  
1000 Ljubljana ali po faxu: 01/30 72 169 oziroma po elektronski pošti: gp.zzs@zgs-mcs.si