



PREDLOG ZA IMENOVANJE NADZORNIH MENTORJEV ZA PRIPRAVNIŠTVO DOKTORJEV DENTALNE MEDICINE

Naziv pooblaščenice ustanove: _____

Naslov ustanove: _____

Kraj: _____ Poštna številka: _____

Pri oddaji vloge upoštevajte:

- **Pravilnik o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 47/18 in 150/20)** v drugem odstavku 8. člena določa:
»Za mentorja je lahko imenovan delavec, ki ima enako vrsto strokovne izobrazbe in najmanj enako raven izobrazbe kot pripravnik ter najmanj pet let delovnih izkušenj po opravljenem strokovnem izpitu v zdravstveni dejavnosti na strokovnem področju, za katerega se pripravnik usposablja.«
- *Predlagani doktor dentalne medicine svoje soglasje k imenovanju poda z lastnoročnim podpisom.

IME IN PRIIMEK doktorja dentalne medicine	SOGLASJE *

Predlagatelj: _____ Podpis: _____

Datum: _____