

IME IN PRIIMEK SPECIALIZANTA:

**OBRAZEC ZA VNOS OPRAVLJENEGA / PREDVIDENEGA KROŽENJA**

IME IN PRIIMEK GLAVNEGA MENTORJA:

Zobne bolezni in endodontija 3 letni program <b>PODROČJA</b>		čas trajanja v mes.	Opravljeno/predvideno kroženje v prvi ustanovi				Opravljeno/predvideno kroženje v drugi ustanovi			
			zap.št. kroženja	datum opravljenega / predvidenega kroženja <b>(od - do)</b>	trajanje v mes.	ustanova usposabljanja	zap.št. kroženja	datum opravljenega / predvidenega kroženja <b>(od - do)</b>	trajanje v mes.	ustanova usposabljanja
Začetni del	36									
Dermatologija	1									
Interna medicina-diabetologija	1									
Oralna in maksilofacialna kirurgija	3									
Specialna radiologija	1									
Stomatološka protetika z gnatologijo	2									
Ustne bolezni, parodontologija in stomatološka implantologija	2									
Zobne bolezni in endodontija	26									

Navodila:

1. Vnos zap. št. naj predstavlja kronološki vrstni red usposabljanja
2. Usposabljanje je možno opravljati le pri pooblaščenih izvajalcih (priloga: tabela pooblastil)
3. V primeru, da je ustanova pooblaščena le za del trajanja področja, specializant preostanek opravi v ustanovi, ki je pooblaščena za celotno trajanje
4. Trajanje posameznega področja mora biti skladno s programom specializacije
5. Dopust se koristi v sklopu najdaljšega kroženja in ga ni potrebno posebej vpisovati

Podpis specializanta:

Podpis glavnega mentorja: