

_____ (ime in priimek glavnega mentorja)
_____ (naslov)
_____ (poštna številka)

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana

ZADEVA: Ocena glavnega mentorja – 20.a člen Zakona o zdravniški službi

Spodaj podpisani/-a _____, glavni/-a mentor/-ica specializanta/-ke _____, ki opravlja __. leto specializacije iz _____, ocenjujem, da je navedeni/-a specializant/-ka pridobil/-a ustrezno znanje, izkušnje in veščine za samostojno opravljanje del izbranega/-e osebnega/-e zdravnika/-ce, v skladu z 20.a členom Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD in 40/17).

Prav tako potrjujem, da bom specializantu/-ki stalno na voljo za posvetovanje in sem glede na delovne pogoje in obremenjenost sposoben/-na zagotoviti mentorstvo za specializanta/-ko tudi v primeru specializantovih/-kinih opredeljenih pacientov.

V/Na _____, datum

ime in priimek glavnega mentorja
(podpis)

Poslati:

- Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana - priporočeno