

\_\_\_\_\_ (ime in priimek specializanta)  
\_\_\_\_\_ (naslov)  
\_\_\_\_\_ (poštna številka)

Zdravniška zbornica Slovenije  
Dunajska cesta 162  
1000 Ljubljana

**ZADEVA:** Soglasje specializanta – 20.a člen Zakona o zdravniški službi

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_ (ime in priimek), rojen/-a \_\_\_\_\_ (datum rojstva), stanujoč/-a \_\_\_\_\_ (naslov), ki opravljam \_\_. leto specializacije iz \_\_\_\_\_ (vrsta specializacije), soglašam, da 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) postanem izbrani/-a osebni/-a zdravnik/-ca.

Vlogi prilagam tudi oceno glavnega mentorja/glavne mentorice \_\_\_\_\_.

V/Na \_\_\_\_\_, datum

ime in priimek specializanta/-ke  
(podpis)

Poslati:

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