

**VLOGA ZA PRIDOBITEV/PODALJŠANJE POOBLASTILA ZA IZVAJANJE PROGRAMA  
PRIPRAVNIŠTVA ZA POKLIC DOKTOR DENTALNE MEDICINE**

NAZIV USTANOVE/ORDINACIJE \_\_\_\_\_

NASLOV (ulica, poštna številka) \_\_\_\_\_

Direktor ustanove: \_\_\_\_\_

Kontaktni podatki (tel. št., e-mail): \_\_\_\_\_

ZADEVA (ustrezno obkrožite)

Vloga za izdajo pooblastila

**Vloga za podaljšanje pooblastila**

**PODROČJE PRIPRAVNIŠTVA,**

**za katerega želimo pridobiti/podaljšati  
pooblastilo (ustrezno označite):**

1. Splošno zobozdravstvo
2. Otroško in preventivno zobozdravstvo
3. Čeljustna in zobna ortopedija
4. Parodontologija
5. Zobne bolezni in endodontija
6. Stomatološka protetika
7. Oralna kirurgija
8. Maksilofacialna kirurgija

**PREDLAGANI NEPOSREDNI MENTORJI PRIPRAVNIKOM**

Ime in priimek neposrednega mentorja	Področje pripravništva, na katerem bo mentor usposabljal pripravnika	Mentor specialist DA / NE	Podpis neposrednega mentorja

**! OBVEZNE PRILOGE K VLOGI:**

- izjava, da predlagatelj izpolnjuje zahtevane pogoje za izvajanje usposabljanja pripravnikov (pogoji so navedeni v pojasnilih k tej vlogi). Izjava je priloga tega obrazca.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

podpis direktorja

\_\_\_\_\_

## IZJAVA

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ (direktor oz. pooblaščen oseba) izjavljam, da naša ustanova/zasebna ordinacija izpolnjuje vse pogoje za izvajanje pripravništva doktorjev dentalne medicine, kot jih določa *Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati izvajalci zdravstvene dejavnosti za izvajanje programov pripravništva, sekundariata in specializacij zdravnikov in doktorjev dentalne medicine* (Uradni list RS, št. 52/24).

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

podpis:

\_\_\_\_\_