



PREDLOG ZA IMENOVANJE NADZORNIH MENTORJEV ZA PRIPRAVNIŠTVO DOKTORJEV DENTALNE MEDICINE

Naziv pooblaščenega ustanove: _____

Naslov ustanove: _____

Kraj: _____ Poštna številka: _____

Pri oddaji vloge upoštevajte:

- **Pravilnik o vsebini in poteku pripravništva in sekundariata ter strokovnem izpitu doktorjev dentalne medicine in zdravnikov (Uradni list RS, št. 76/22)** v drugem odstavku 6. člena določa:
»Nadzorni mentor pripravnika je doktor dentalne medicine z **najmanj petimi leti delovnih izkušenj** po opravljenem **strokovnem izpitu** na strokovnem področju dentalne medicine.«
- *Predlagani doktor dentalne medicine svoje soglasje k predlogu za imenovanje poda z lastnoročnim podpisom.

IME IN PRIIMEK doktorja dentalne medicine	SOGLASJE *

Predlagatelj (ime in priimek odgovorne osebe pooblaščenega izvajalca):

Datum: _____

Podpis: _____