ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA
Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana
gp.zzs@zzs-mcs.si
+386 (0) 1 30 72 100

PREDLOG ZA IMENOVANJE NADZORNIH MENTORJEV ZA PRIPRAVNIŠTVO DOKTORJEV DENTALNE MEDICINE

Naziv pooblaščene 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**: **_____**