**PREDLOG ZA VŠTEVANJE PREDHODNEGA USPOSABLJANJA**

Spodaj podpisani glavni/a mentor/ica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ specializanta/ke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, podajam predlog za vštevanje predodnega usposabljanja, in sicer (ustrezno obkroži):

1. izbirnega dela sekundariata (v primeru, da ne gre za isto specializacijo in se le-ta ne všteje avtomatično)
2. kroženja iz predhodne specializacije (v primeru, da ne gre za isto specializacijo in se le-ta ne všteje avtomatično)
3. dela sobnega zdravnika\* (Komisija za podiplomsko usposabljanje zdravnikov zavzema stališče, da delo sobnega zdravnika ne more biti enakovredno delu specializanta v razmerju 1:1 )
4. drugo\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

v skupnem obsegu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mesecev, naslednjih področij:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (področje), v obsegu \_\_\_\_\_\_\_ (št. mesecev) mesecev,
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (področje), v obsegu \_\_\_\_\_\_\_ (št. mesecev) mesecev,
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (področje), v obsegu \_\_\_\_\_\_\_ (št. mesecev) mesecev,
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (področje), v obsegu \_\_\_\_\_\_\_ (št. mesecev) mesecev,

(po potrebi dodati vrstice)

Kot glavni/a mentor/ica specializanta/ke izjavljam, da je specializant/ka predhodno že opravil/a vse potrebne posege in osvojil/a potrebno znanje in kopentence iz zgoraj navedenih področij, ki jih predlagam za vštevanje v program specializacije.

Ob oddaji predloga za vštevanje, se glavni/a mentor/ica in specializant/ka seznanjava, da v primeru odobrene prošnje za vštevanje, naknadno podaljšanje specializacije iz vsebinskih razlogov (t.j. pomanjkanje posegov ali znanja) iz navedenih področij, ne bo več mogoče.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis glavne/ga menorja/ice:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis specializanta/ke: Podpis nacionalne/ga koordinatorja/ice:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_