

MNENJE GLAVNEGA MENTORJA:

Ime in priimek specializanta: _____

poklic _____

je opravil-a predpisano specializacijo iz

in jo zaključil-a dne _____

Specializant je v celoti opravil program specializacije in druge dogovorjene obveznosti.

Dne _____

M.P.

Glavni mentor
(ime in priimek)

(podpis)

Pooblaščen izvajalec: _____

Delodajalec

LIST SPECIALIZANTA

(ime in priimek)

(poklic)

iz _____
(vrsta specializacije)

Specializacijo začel-a _____
(dan, mesec, leto)

Odločba Ministrstva za zdravje št. _____ **z dne** _____

Dne _____

M.P.

Delodajalec
(ime in priimek)

(podpis)

Datum: _____

Zap.št.	Pooblašчени izvajalec	Vsebina programa specializacije (posamezni deli specializacije)	Trajanje od - do	Oblike preverjanja znanja in veščin	Uspeh	Podpis in žig neposrednega mentorja