



## VLOGA ZA DODELITEV LICENČNIH TOČK ORGANIZATORJU IZPOPOLNJEVANJA

### PODATKI O ORGANIZATORJU STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA

Polni naziv in naslov organizatorja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Davčna številka: \_\_\_\_\_

Odgovorna oseba: \_\_\_\_\_ E – pošta: \_\_\_\_\_

Kontaktna oseba: \_\_\_\_\_ E – pošta: \_\_\_\_\_

Telefonska številka: \_\_\_\_\_ Mobilna številka: \_\_\_\_\_

### PODATKI O STROKOVNEM IZPOPOLNJEVANJU

Naslov strokovnega izpopolnjevanja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Kraj izvedbe: \_\_\_\_\_ Trajanje: \_\_\_\_\_

Oblika strokovnih vsebin: (označi)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> splošne vsebine zdravstvene ali babiške nege         | <input type="checkbox"/> obvezna vsebina zakonodaja in poklicna etika    |
| <input type="checkbox"/> ožje strokovno področje zdravstvene ali babiške nege | <input type="checkbox"/> obvezna vsebina temeljni postopki oživljanja    |
|   | <input type="checkbox"/> obvezna vsebina kakovost in varnost v zdravstvu |

Opredelitev programa, iz katerega so razvidni predavatelji in cilj strokovnega srečanja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciljna populacija udeležencev: \_\_\_\_\_

Predvideno število udeležencev: \_\_\_\_\_

Način preverjanja udeležbe: \_\_\_\_\_

Opis morebitnega preverjanja znanja: \_\_\_\_\_

Določitev jezika, v katerem bo potekalo strokovno izpopolnjevanje: \_\_\_\_\_

Priloge:

- program strokovnega izpopolnjevanja
- izjava o potencialnem ali dejanskem konfliktu interesov
- reference za predavatelje (velja za obvezne vsebine)

Želimo, da se vloga za dodelitev licenčnih točk organizatorju izpopolnjevanja posreduje tudi komisiji za izpopolnjevanje in izobraževanje Zbornice – Zveze ter se obravnava kot vloga za vpis strokovnega srečanja/dogodka v register izpopolnjevanj/izobraževanj Zbornice – Zveze in se na podlagi tega izvajalcem zdravstvene in babiške nege podelijo še pedagoške točke

Kraj, datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

**IZPOLNI KOMISIJA ZBORNICE – ZVEZE ZA OCENO USTREZNOSTI STALNEGA IZPOPOLNJEVANJA**

Datum obravnave vloge		
Številka vpisa SI v register strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj		
Število licenčnih točk	PASIVNI UDELEŽENCI	AKTIVNI UDELEŽENCI
Številka sklepa		

Opomba: .....

obvezna vsebina  DA  
 NE

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis predsednika komisije: \_\_\_\_\_

**IZJAVA O POTENCIALNEM ALI DEJANSKEM KONFLIKTU INTERESOV**

Polni naziv in naslov organizatorja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Izjavljam, da ne obstaja potencialni ali dejanski konfliktu interesov iz 22. člena Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter da je razrešeno kakršenkoli nasprotje interesov tako samega organizatorja, odgovorne osebe, organizacijskega odbora, kot tudi avtorjev prispevkov pri izvedbi srečanja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(naslov strokovnega srečanja (datum, kraj in trajanje).

Udeleženci morajo za udeležbo na strokovnem izpopolnjevanju plačati kotizacijo. Višina kotizacije za izvajalce zdravstvene ali babiške nege znaša \_\_\_\_\_ €. Cena je brez/z vključnim DDV (označi).

Kraj, datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_