**podatki IZVAJALCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Izvajalec zdravstvene dejavnosti  |  |
| Enota izvajalca zdravstvene dejavnosti |  |
| Naslov  |  |
| Pristojna oseba za specializacije |  |
| E-pošta pristojne osebe |  | Telefon  |   |

**PODATKI O GLAVNem MENTORJu[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Osebno ime |  |
| Stalni ali začasni naslov |  |
| E-pošta[[3]](#footnote-3)  |  | Telefon |   |
| Pridobljen poklic / naziv |  |
| Delovno mesto  |  |
| Število let del.izkušenj in aktivnega kliničnega delovanja na specialistič. področju pri delodajalcu[[4]](#footnote-4) |  |
| Morebitna dokazila o aktivnem delovanju na specialističnem področju[[5]](#footnote-5) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  | Datum |  |
|  |  |  |
| Podpis pristojne/odgovorne osebe s področja zdravstvene nege |  | Podpis pristojne/odgovorne osebe izvajalca zdravstvene dejavnosti |

 **SOGLASJE OSEBE, KI SE PREDLAGA ZA GLAVNEGA MENTORJA**

Soglašam, da me delodajalec predlaga Zbornici – Zvezi za glavnega mentorja specializacije. V ta namen dovoljujem Zbornici – Zvezi, da za morebitno preverjanje izpolnjevanja pogojev za glavnega mentorja pridobi potrebne podatke iz uradnih evidenc Zbornice – Zveze ter drugih pristojnih organov (npr. Zdravniške zbornice Slovenije).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum |  | Podpis predlagane osebe |  |

Pojasnilo Zbornice – Zveze o pogojih za glavnega mentorja[[6]](#footnote-6)

Pri specializacijah s področja **urgentnih stanj v zdravstvu**, s področja **duševnega zdravja in psihiatrije** ter s področja **integrirane obravnave odraslih na primarni ravni zdravstvenega varstva**, kjer se razširjajo kompetence z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro specialistko, se za glavnega mentorja imenuje **zdravnik specialist**, ki ima najmanj **pet let specialističnih izkušenj** na strokovnem področju, na katerem se specializant usposablja, in je izkazan strokovnjak tega strokovnega področja.

Pri specializacijah **s področja enterostomalne terapije** se za glavnega mentorja imenuje diplomirana medicinska sestra, ki je uspešno zaključila šolo enterostomalne terapije in ima po njenem zaključku **najmanj deset let praktičnih izkušenj** na strokovnem področju enterostomalne terapije.

1. Podatke o osebi, ki se predlaga za glavnega mentorja, izpolni delodajalec [↑](#footnote-ref-1)
2. Delodajalec odgovarja, da so podatki o glavnem mentorju resnični in ustrezajo dejanskemu stanju [↑](#footnote-ref-2)
3. Na navedeni e-naslov bo Zbornica - Zveza osebo, ki je predlagana za glavnega mentorja, obvestila v primeru morebitne dopolnitve vloge [↑](#footnote-ref-3)
4. Če predlagana oseba za glavnega mentorja pri delodajalcu nima dovolj delovnih izkušenj in aktivnega kliničnega delovanja na specialističnem področju, lahko izpolnjevanja pogoja dokazuje s potrdilom prejšnjega delodajalca [↑](#footnote-ref-4)
5. Za specializacijo s področja enterostomalne terapije se posreduje potrdilo o uspešno opravljeni šoli enterostomalne terapije. [↑](#footnote-ref-5)
6. Za dodatne informacije strokovnih služb Zbornice – Zveze pišite na elektronski naslov: tajnistvo@zbornica-zveza.si [↑](#footnote-ref-6)