

Priloga 2

List pripravnika

Ime in priimek mentorja: _____
 Poklic mentorja: _____

POROČILO MENTORJA O OPRAVLJENEM PROGRAMU PRIPRAVNITVA:

Izjavljam, da:

- izpolnjujem pogoje za opravljanje mentorstva iz 7. člena Pravilnika o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti,
- je pripravnik/pripravnica _____ (ime in priimek) opravil/a pripravništvo po predpisanem programu.

_____ (datum) M.P. _____ (podpis mentorja)

(delodajalec)

LIST PRIPRAVNIKA

Ime in priimek pripravnika: _____
 Pripravništvo za poklic: _____
 Diplomiral/a: _____ (dan, mesec, leto)
 Pripravništvo začel/a: _____ (dan, mesec, leto)
 Pripravništvo končal/a: _____ (dan, mesec, leto)

Izjavljam, da delodajalec izpolnjuje pogoje za izvajanje pripravništva iz 4. člena Pravilnika o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti.

_____ (datum) M.P. _____ (podpis odgovorne osebe)

POTEK PRIPRAVNOSTVA ZA: _____
(ime in priimek pripravnika/pripravnice)

OPRAVLJENO PRAKTIČNO USPOSABLJANJE					
Zaporedna številka	Praktično usposabljanje pri delodajalcu (navedba zavoda, klinike, oddelka, enote, službe, centra)	Datum od – do Trajanje	Vsebina programa pripravništva	Podpis mentorja in žig izvajalca pripravništva	Opombe

Izjavljam, da je pripravnik/pripravnica _____ (ime in priimek) opravil/a preizkus pri delodajalcu.

_____ M.P. _____ (podpis mentorja)

(datum)