

Na podlagi 7. člena Pravilnika o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Ur. l. RS št. 47/18)

podajamo naslednjo

## IZJAVA

Potrjujemo, da je pripravnik:

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

opravljal pripravništvo pri: \_\_\_\_\_

za poklic: \_\_\_\_\_

Pripravništvo je opravil v skladu s Prilogo 1, ki je sestavni del Pravilnika o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Ur. l. RS št. 47/18), in sicer:

<b>Pridobil znanja in spretnosti potrebne za samostojno delo ali sodelovanje v zdravstvenem in negovalnem timu v trajanju:</b>	<b>OBKROŽI</b>
1,5 meseca pri delodajalcu	DA / NE
1,5 meseca na področju kirurške dejavnosti, od tega vsaj 1/3 časa na oddelku kirurške prve pomoči	DA / NE
1,5 meseca na področju internistične dejavnosti, od tega vsaj 1/3 na oddelku internistične prve pomoči	DA / NE
1 mesec na področju, ki ga v povezavi z bodočim delovnim področjem izbereta delodajalec in kandidat	DA / NE

Žig:

Odgovorna oseba:

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

\_\_\_\_\_  
Ime in priimek