

Priloga 2

List o pripravništvu

Ime in priimek mentorja _____

Poklic mentorja _____

**POROČILO MENTORJA O OPRAVLJENEM PROGRAMU
PRIPRAVNIŠTVA:**

Izjavljam, da je pripravnik/ca _____

(ime in priimek)

opravil/a pripravništvo po predpisanem programu in da izpolnjujem pogoje za
opravljanje mentorstva iz 8. člena Pravilnika o pripravništvu in strokovnih
izpiti zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju
zdravstvene dejavnosti.

Dne _____ M.P. Podpis mentorja _____

Delodajalec _____

LIST O PRIPRAVNIŠTVU

Ime in priimek _____

Pripravnik/ca za poklic _____

Diplomiral/a dne _____

Pripravništvo začel/a _____
(dan, mesec, leto)

Pripravništvo končal/a _____
(dan, mesec, leto)

Dne _____

M.P.

Odgovorna oseba
(ime in priimek)

(podpis)

POTEK PRIPRAVNIŠTVA ZA _____
(ime in priimek pripravnika/ce)

OPRAVLJENO PRAKTIČNO USPOSABLJANJE

Zap. št.	Praktično usposabljanje pri delodajalcu (navedba zavoda, klinike, oddelka, enote, službe, centra)	Datum od - do Trajanje	Vsebina programa pripravništva	Podpis mentorja	Opombe

Izjavljam, da je pripravnik/ca _____
(ime in priimek)
opravil/a preizkus teoretičnega in praktičnega znanja pri delodajalcu.

Dne _____ M.P. Podpis mentorja _____