

Priloga št. 2

**Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor , Tel.: **386/1/30-72-162, Fax.:
386/1/30-72-169

**Z A P I S N I K
o specialističnem izpitu
št.**

Strokovna medicinska specialnost:

Specialistični izpit je opravljal/a:

Datum in kraj rojstva:

Datum izpita:

Trajanje izpita (od-do):

Kraj opravljanja izpita:

Izpit je kandidat/ka opravljal/a pred komisijo v sestavi:

predsednik:

član:

član:

zapisnikar:

Kandidatu/ki je opravljanje specialističnega izpita odobril Svet za izobraževanje zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije z isto odločbo, s katero je bila imenovana tudi izpitna komisija.

Kandidatu/ki JE – NI bil predpisan pisni del specialističnega izpita.

Kandidat/ka je na izpitu dobila naslednja vprašanja:

Praktični del: _____

Teoretični del: _____

Po končanem izpraševanju je komisija odločila ter kandidatu/ki sporočila, da

JE – NI opravil/a specialistični izpit.

JE opravil/a izpit s pohvalo

Predsednik izpitne komisije: Podpis: _____

Člana izpitne komisije: Podpis: _____

Podpis: _____

Zapisnikar: Podpis: _____