

Predlagatelj oziroma zastopnik _____

pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da javni zdravstveni zavod ali zasebni zdravstveni delavec _____

izpolnjuje vse pogoje za izvajanje posameznega programa specializacije, določene v Pravilniku o pogojih, jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi in zasebni zdravstveni delavci za izvajanje programov specializacij, da imajo strokovne enote zgoraj navedeno število strokovnih primerov in da ima zaposlene zgoraj navedene strokovno usposobljene mentorje, zato prosim za izdajo odločbe o izvajanju programa specializacije iz _____

_____ .

Datum in kraj:

Podpis: