

**Priloga 2**

**Zapisnik o specialističnem izpitu**

**Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Tel.: \*\*386/1/30-72-164, 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:**



---

---

---

---

---

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

JE - NI opravil/a specialistični izpit.

JE opravil/a izpit s pohvalo («cum laude»)

Predsednik izpitne komisije: Podpis: \_\_\_\_\_

Člana izpitne komisije: Podpis: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Zapisnikar: Podpis: \_\_\_\_\_