

PRILOGA 1

Delodajalec

LIST SPECIALIZANTA

(ime in priimek) _____

(poklic) _____

Iz (vrsta specializacije) _____

Specializacijo začel-a _____
(dan, mesec, leto)

Odločba Ministrstva za zdravje št. _____ z dne _____

Datum:

(MP)

Delodajalec:
Ime in priimek:

(podpis)

Podplaščeni izvajalec	Trajanje (od–do)	Vsebina programa specializacije	Laboratorijske preiskave	Oblika in uspešnost preverjanja znanja	Podpis in žig