**Prijavnica na usposabljanje pripravnikov v SB NOVA GORICA**

**Podatki o delodajalcu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naziv: |  |  |
|  |  |  |
| Sedež: |  |  |
|  |  |  |
| Odgovorna oseba: |  |  |
|  |  |  |
| Kontaktna oseba: |  |  |
|  |  |  |
| E-pošta, telefon: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pripravnik za poklic:** |  |

 /navedite, za kateri poklic se opravlja pripravništvo/

|  |  |
| --- | --- |
| Priimek: |  |
|  |  |
| Ime: |  |
|  |  |
| Naslov (ulica, poštna št., kraj): |  |
|  |  |
| EMŠO: |  |  |
|  |  |
| GSM: |  |
|  |  |
| E-pošta: |  |

**Področje usposabljanja**

Področje in želeni termini usposabljanja:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | DATUM OD – DO: |
|[ ]  Internistična dejavnost: |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 4 tedne/ |
|[ ]  Kirurška dejavnost: |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 4 tedne/ |
|[ ]  Internistična prva pomoč: |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 2 tedna/ |
|[ ]  Kirurška prva pomoč: |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 2 tedna/ |
|[ ]  Delovna terapija:  |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 4 tedne/ |
|[ ]  Fizioterapija: |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 3 tedne/ |
|[ ]  Radiologija: |  |  |
|  |  | /minimalno obdobje je 5 delovnih dni/ |
|[ ]  Drugo: |  |  |  |
|  | /vpišite področje/ |  |  |
|  |  | /vpišite število dni (zaželeno tudi datume)/ |
|[ ]  Koriščenje letnega dopusta: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum oddaje obrazca: |  |  |  |
|  |  |  | /žig in podpis odgovorne osebe/ |

Izpolnjen obrazec posredujte na naslov:

**izobrazevanje@bolnisnica-go.si**ali**kadrovska.sluzba@bolnisnica-go.si**