**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@sbng.si**](mailto:izobrazevanje@sbng.si)ali[**kadrovska.sluzba@sbng.si**](mailto:kadrovska.sluzba@sbng.si)