

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:
<input type="checkbox"/> Internistična dejavnost:	_____ /minimalno obdobje je 4 tedne/
<input type="checkbox"/> Kirurška dejavnost:	_____ /minimalno obdobje je 4 tedne/
<input type="checkbox"/> Internistična prva pomoč:	_____ /minimalno obdobje je 2 tedna/
<input type="checkbox"/> Kirurška prva pomoč:	_____ /minimalno obdobje je 2 tedna/
<input type="checkbox"/> Delovna terapija:	_____ /minimalno obdobje je 4 tedne/
<input type="checkbox"/> Fizioterapija:	_____ /minimalno obdobje je 3 tedne/
<input type="checkbox"/> Radiologija:	_____ /minimalno obdobje je 5 delovnih dni/
<input type="checkbox"/> Drugo: _____ /vpišite področje/	_____ /vpišite število dni (zaželeno tudi datume)/
<input type="checkbox"/> 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