

OBRAZAC ZA ODOBRENJE SPECIJALIZACIJE

PODNOŠITELJ PRIJEDLOGA ZA ODOBRENJE SPECIJALIZACIJE (navesti naziv)	
PODACI O DOKTORU MEDICINE (za kojeg se podnosi zahtjev za odobrenje specijalizacije)	
Ime i prezime	
OIB:	
Datum rođenja	
Mjesto rođenja	
Državljanstvo	
STJECANJE NAZIVA DOKTOR MEDICINE	
Naziv Sveučilišta i fakulteta	
Datum diplomiranja	
Rješenje nadležnog tijela kojim se priznaje studij medicine završen u inozemstvu	KLASA: URBROJ: DATUM:
PRIJEDLOG ZA ODOBRENJE SPECIJALIZACIJE	
Naziv specijalizacije	

Glavni mentor	
Ime i prezime	
Zdravstvena ustanova	

Prijedlog za odobrenje specijalizacije Ministarstvu zdravlja podnosi zdravstvena ustanova kod koje je doktor medicine u radnom odnosu, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno doktor medicine privatne prakse ili doktor medicine privatne prakse kod kojeg je doktor medicine u radnom odnosu, odnosno tijelo i osoba iz članka 8. stavka 2. ovoga Pravilnika. Prilikom dostave prijedloga za odobrenje specijalizacije uz uredno popunjeni Obrazac za odobrenje specijalizacije, potrebno je dostaviti važeće odobrenje za samostalan rad izdano od Hrvatske liječničke komore, pisani pristanak glavnog mentora, pisanu suglasnost ravnatelja zdravstvene ustanove iz članka 4. i 5. ovoga Pravilnika i/ili pisanu suglasnost uprave trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost i/ili pisanu suglasnost nositelja privatne prakse iz članka 5. ovoga Pravilnika, ugovor o međusobnim pravima i obvezama iz članka 11. ovoga Pravilnika i dokumentaciju o ispunjavanju uvjeta iz članka 8. ovoga Pravilnika.

U _____, _____ 201____.

PODNOŠITELJ PRIJEDLOGA
ZA ODOBRENJE SPECIJALIZACIJE
