**ОБАВЕШТЕЊЕ ЗА МЕНТОРСТВА**

Предлог за именовање ментора за обављање стажа упућује здравствена установа у којој је ментор запослен. Уз предлог достављају се и ближи подаци о ментору:

1. Евиденциони картон ментора, који читко попуњава са потребним подацима (дужина специјалистичког стажа – најмање 5 година радног искуства као специјалиста, одговарајућа ужа специјализација – најмање 5 година радног искуства као специјалиста уже специјализације, просечна оцена са студија, оцена са специјалистичког испита, магистеријум, докторска дисертација, примаријат и сл.). Евиденциони картон ментора кандидат потписује и ставља свој факсимил, а Шеф Катедре и директор установе потписују сагласност;
2. Радну биографију са референцама **–** пoтпис и факсимил;
3. Mентор-вештине - потпис, факсимил и округли печат здравствене установе (вештине описати речима);
4. Специјалиста који је специјализацију и/или ужу специјализацију завршио/ла на другом факултету доставља копију одговарајуће дипломе оверену од стране Правне службе своје здравствене установе.
5. Фотокопија лиценце.
6. Доказ да на одговарајућем одсеку раде са пуним радним временом најмање двоје специјалиста са више од 5 година радног искуства као специјалиста.

**ЕВИДЕНЦИОНИ КАРТОН МЕНТОРА**

1. Име (име родитеља) презиме:
2. Датум и место рођења:
3. Контакт телефон:
4. Здравствена установа где ради:
5. Телефон на послу:
6. Завршен факултет (назив и седиште):
7. Година дипломирања:
8. Просечна оцена са студија: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Грана специјализације: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Датум полагања специјалистичког испита: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Оцена са специјалистичког испита: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Факултет (назив и седиште) на коме је завршена здравствена специјализација:

1. Као специјалиста ради од:
2. Грана уже специјализације (ако поседује):
3. Датум одбране рада уже специјализације: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Факултет (назив и седиште) на коме је одбрањен рад из уже специјализације:

1. Као специјалиста уже специјализације ради од:
2. Магистеријум, докторат, примаријат, датуми одбране или именовања:

1. Остало:

ИЗЈАВА: Изјављујем да желим да учествујем у едукацији специјализаната у својству ментора за обављање дела специјалистичког стажа.

ПРИЛОГ:

Сагласан

Директор здравствене установе

Потпис, факсимил и печат

|  |  |
| --- | --- |
| Сагласан за именовање  ментора за обављање  дела специјалистичког стажа  ШЕФ КАТЕДРЕ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис и факсимил Потпис и факсимил ментора

**МЕНТОР - ВЕШТИНЕ**

Име и презиме

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис, факсимил и печат здравствене установе

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ГРАНА** | **OБЛАСТ** | **ВЕШТИНЕ** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Напомена: Вештине писати из **-** Правилника о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника („Сл гласник РС бр. 10/2013, 91/2013, 113/2013, 109/2014, 53/2018, 17/2021, 77/2022, 6/2023 и 93/2023)

)