**ОБАВЕШТЕЊЕ ЗА МЕНТОРСТВА**

Предлог за именовање ментора за запослене у Универзитетском клиничком центру у Нишу, Институту за лечење и рехабилитацију „Нишка бања“ у Нишу, Клиници за денталну медицину у Нишу, Институту за јавно здравље у Нишу, Заводу за здравствену заштиту радника у Нишу, 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.

**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)

)