

### **Priloga 3: Potrdilo o opravljenem usposabljanju s področja managementa v zdravstvu**

Potrujemo, da je *[ime in priimek udeleženca]* opravil/-a **program usposabljanja s področja managementa v zdravstvu za direktorje in strokovne direktorje** javnih zdravstvenih zavodov s področja managementa v zdravstvu, v skladu z določili Pravilnika o postopku potrjevanja ustreznosti programa usposabljanja za management v zdravstvu (Uradni list RS, št. ...), v skupnem trajanju 60 pedagoških ur.

**ali**

Potrujemo, da je *[ime in priimek udeleženca]* opravil/-a **program usposabljanja s področja managementa v zdravstvu za člane sveta javnega zdravstvenega zavoda** s področja managementa v zdravstvu, v skladu z določili Pravilnika o postopku potrjevanja ustreznosti programa usposabljanja za management v zdravstvu (Uradni list RS, št. ...), v skupnem trajanju 10 pedagoških ur.

Datum izdaje: \_\_\_\_\_

Ime in priimek odgovorne osebe: \_\_\_\_\_

Podpis odgovorne osebe: \_\_\_\_\_