

## Vloga za potrditev ustreznosti usposabljanja

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE  
Štefanova ulica 5  
1000 Ljubljana

### 1. PODATKI O IZVAJALCU USPOSABLJANJA

---

---

(ime in sedež izvajalca obveznega usposabljanja)

Kontaktna oseba izvajalca:

Telefon: \_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_

### 2. PODATKI O USPOSABLJANJU

Naziv usposabljanja:

---

Kompetenčni okvir (navedba ravni iz 4. člena pravilnika):

---

Način izvedbe (predavanja, delavnice, e-učenje, ...):

---

Način preverjanja znanja:

---

### 3. DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV (6. člen pravilnika)

- Priloga 1: Podroben program usposabljanja in dokazilo o skladnosti usposabljanja s prvo alinejo prvega odstavka 6. člena pravilnika).
- Priloga 2: Seznam predavateljev z življenjepis in dokazili o kompetencah.
- Priloga 3: Izjava izvajalca o ustreznih in zadostnih zmogljivosti (prostor, oprema in informacijska tehnologija) za izvajanje usposabljanja.
- Priloga 4: Reference izvajalca na področju kakovosti v zdravstvu.
- Priloga 5: Izjava izvajalca o sprotnem aktualiziranju programa.

Kraj, \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

---

(odgovorna oseba izvajalca)