

Vloga za postopek s ponudbo za delo v RS za zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist

1. OSEBNI PODATKI

IME	
PRIIMEK	
DATUM ROJSTVA	
KRAJ ROJSTVA	
DRŽAVLJANSTVO	
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA	
NASLOV PREBIVALIŠČA V SLOVENIJI	
TELEFON	
ELEKTRONSKA POŠTA	
OSEBNI DOKUMENT (vrsta osebnega dokumenta)	
ŠTEVILKA	
KJE IN KDAJ JE BIL IZDAN IN DO KDAJ VELJA	

2. OBVEŠČANJE O POTEKU POSTOPKA

ŽELIM, DA ME O POTEKU POSTOPKA OBVEŠČATE:

PO POŠTI (navedite naslov)	
-------------------------------	--

PO ELEKTRONSKI POŠTI

(navedite naslov elektronske pošte)

3. VLOGA

PROSIM ZA PRIZNANJE POKLICNE KVALIFIKACIJE:

(obkrožite)

ZDRAVNIK

ZDRAVNIK SPECIALIST _____

(navedite vrsto specializacijo, za katero vlagate vlogo)

DOKTOR DENTALNE MEDICINE

DOKTOR DENTALNE MEDICINE SPECIALIST _____

(navedite vrsto specializacije, za katero vlagate vlogo)

4. PODATKI O USPOSABLJANJU

A) PODATKI O OSNOVNEM IZOBRAŽEVANJU

IME IZOBRAŽEVALNE USTANOVE, KJER
STE ZAKLJUČILI IZOBRAŽEVANJE

NASLOV IZOBRAŽEVALNE USTANOVE

DRŽAVA

ČAS TRAJANJA ŠTUDIJA

B) PODATKI O PRIPRAVNIŠTVU

Ali ste opravili pripravništvo (obkrožite):

da

ne

ČAS TRAJANJA OPRAVLJENEGA
PRIPRAVNIŠTVA

--

Datum: _____

Podpis osebe: _____

PRILOGA IV: Prijava ponudnika storitev za začasno opravljanje reguliranega poklica oziroma dejavnosti v Republiki Sloveniji ¹

(v skladu z 7. členom Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij)

1. Prijava se nanaša na:

- Prvo opravljanje začasnih storitev v državi gostiteljici (prosimo izpolnite od 2 do 6)
 Letna obnova prijave ²(prosimo izpolnite od 2 do 5 in 7)

2. Osebni podatki:

2.1. Ime in priimek

2.2. Državljanstvo:

- AT BE CY CZ DE DK EE EL ES FI
FR HU IE IT LT LV LU MT NL PL
PT SI SK SE UK BG RO IS LI NO

Drugo

2.3. Številka potnega lista: Država

Država

Država

2.4. Spol: Moški Ženski

2.5. Datum rojstva:

2.6. Podatki o rojstvu: Kraj:

- AT BE CY CZ DE DK EE EL ES FI
FR HU IE IT LT LV LU MT NL PL
PT SI SK SE UK BG RO IS LI NO

Drugo

2.7. Kontaktni podatki v državi sedeža (obvezno):

Naslov:

Telefonska številka (s klicno številko):

Fax (s klicno številko):

E-pošta:

2.8. Kontaktni podatki v državi gostiteljici (neobvezno):

Naslov:

Telefonska številka (s klicno številko):

Fax (s klicno številko):

E-pošta:

¹ Prosimo hranite kopijo/izvod te prijave.

² Prosimo priložite prvo in prejšnjo/zadnjo prijavo.

3. Reguliran poklic oziroma dejavnost:

3.1. Naziv poklicne kvalifikacije/reguliranega poklica³ v državi sedeža:⁴

.....
.....
.....

Reguliran poklic oziroma dejavnost, katerega boste opravljali v gostujoči državi :

.....

4. Pravni sedež/zakonita ustanovitev v eni ali več državah:

Za namene prijave ponudnika storitev se »zakonita ustanovitev« nanaša na opravljanje zadevnih dejavnosti v državi članici v skladu s pravili, ki zadevajo določen reguliran poklic oziroma dejavnost, vključno s pogoji za usposabljanje in vsemi posebnimi pravili za opravljanje reguliranega poklica oz. dejavnosti. Zakonita ustanovitev nasprotuje kakršni koli prepovedi opravljanja poklica oz. dejavnosti, niti začasno. Dokazila o formalnih kvalifikacijah, ki jih izda tretja država, se obravnavajo kot dokazila o formalnih kvalifikacijah, če ima imetnik tri leta poklicnih izkušenj v zadevnem poklicu na ozemlju države članice, ki je priznala ta dokazila o formalnih kvalifikacijah.

4.1. Ali ste zakonito ustanovljeni v državi članici za opravljanje poklica navedenega v točki 3.1⁴

Da Ne

Če ste odgovorili pritrdilno, v kateri državi ste zakonito ustanovljeni⁴?

AT BE CY CZ DE DK EE EL ES FI
 FR HU IE IT LT LV LU MT NL PL
 PT SI SK SE UK BG RO IS LI NO

Če niste, prosimo pojasnite:

4.2. Ali je poklic reguliran v državi ustanovitve⁴?

Da Ne

V kolikor je reguliran, prosimo pojdite na vprašanje 4.4.

Pripombe:

4.3. Če poklic v državi sedeža ni reguliran, ali ste kot ponudnik storitev v tej državi opravljali storitve neprekinjeno ali skupno vsaj dve leti v obdobju zadnjih desetih let?

Da Ne

Pripombe:

4.4. Ali ste član kakšnega poklicnega združenja ali podobnega organa⁴?

Da Ne

Če je vaš odgovor pritrdilen, prosimo navedite, naziv in podatke ter registracijsko številko.

.....
.....

³ Prosimo navedite naziv poklica v jeziku države sedeža in v jeziku države gostiteljice.

⁴ Če imate sedež v več državah, prosimo navedite podatke za vsako zadevno državo.

.....

Ali je dejavnost v državi sedeža treba odobriti s strani pristojnega organa⁵?

Da Ne

Če je vaš odgovor pritrdilen, prosimo navedite podatke pristojnega organa.

.....

.....

.....

5. Zavarovanje poklicne odgovornosti

5.1. Ali imate kakršno koli zavarovalno kritje ali drug način osebnega/kolektivnega zavarovanja v zvezi s poklicno odgovornostjo, ki izhaja za opravljanje poklica navedenega v točki 3.1⁵?

Da Ne

Če je odgovor pritrdilen, prosimo navedite naslednje podatke vašega zavarovanja:

Ime zavarovalnice:

Številka pogodbe:

Pripombe:

6. Dodatna dokumentacija priložena prijavi (področne zahteve)⁶

6.1. Prosimo označite dokumente priložene prijavi:

- Potrdilo o državljanstvu
- Potrdilo o zakoniti ustanovitvi
- Dokazila o poklicnih kvalifikacijah
- Potrdilo o delovnih izkušnjah dve leti⁷
- Potrdilo o nekaznovanosti⁸

7. Letna obnova prijave⁹

7.1. Kdaj ste izvajali storitve v državi gostiteljici?

Od / / do / /

Od / / do / /

Od / / do / /

Od / / do / /

Od / / do / /

⁵ Če imate sedež v več državah, prosimo navedite podatke za vsako zadevno državo.

⁶ Dopolniti z ustreznimi dokumenti v skladu z zakonodajo države gostiteljice za prvo prijavo opravljanja storitev.

⁷ Izpolniti v primeru, če poklic ni reguliran v državi sedeža.

⁸ Izpolniti v primeru opravljanja storitev iz varnostnega področja.

⁹ Informacijo bo hranil pristojni organ za nadzor izvajanja storitev.

Pripombe:

7.2. Prosimo navedite poklicno dejavnost, ki ste jo izvajali v obdobju, ko ste izvajali storitev.

.....
.....

8. Drugo

.....
.....

9. Potrjujem, da so navedene informacije v prijavi točne in nameravam opravljati storitev začasno v Republiki Sloveniji.

Podpis _____

Datum _____

PRILOGA III: Vloga za avtomatično priznanje poklicne kvalifikacije na podlagi usklajenih minimalnih pogojev usposobljenosti

1. OSEBNI PODATKI

Ime:

Priimek:

Datum rojstva:

Kraj rojstva:

Državljanstvo:

Osebn dokument:

Kje in kdaj je bil izdan:

Do kdaj velja:

Naslov prebivališča v tujini:

Naslov prebivališča v Sloveniji:

Telefon:

E-mail:

2. ŽELIM, DA ME O POSTOPKU OBVEŠČATE:

Po pošti:

Po faksu:

P elektronski pošti:

3. REGULIRANI POKLIC

Prosim za priznanje poklicne kvalifikacije za opravljanje naslednjega reguliranega poklica (obkrožite):

- a) Zdravnik
- b) Zdravnik - specialist; področje specializacije: _____
- c) Diplomirana medicinska sestra
- d) Doktor dentalne medicine
- e) Doktor dentalne medicine - specialist
- f) Diplomirana babica
- g) Veterinar
- h) Magister farmacije
- i) Odgovorni projektant arhitekture

Ali ste v državi članici, iz katere prihajate kvalificirani za opravljanje zgoraj navedenega reguliranega poklica (obkrožite)? DA/NE

4. PODATKI O IZOBRAŽEVANJU IN USPOSABLJANJU

Ime izobraževalne ustanove (v matičnem jeziku):

Naslov izobraževalne ustanove:

Država:

5. POKLICNE IZKUŠNJE

Poklicne izkušnje iz opravljanje zadevnega reguliranega poklica (navedite datume, delovne organizacije, delovno mesto in priložite ustrezna potrdila):

6. DIPLOMA, SPRIČEVALO ALI DRUGA DOKAZILA

Navedite vse dokumente, ki ste jih priložili k prošnji.

Datum: _____

Podpis kandidata: _____

PRILOGA I: Vloga za priznanje poklicne kvalifikacije po splošnem sistemu

1. OSEBNI PODATKI

Ime:

Priimek:

Datum rojstva:

Kraj rojstva:

Državljanstvo:

Osebni dokument:

Kje in kdaj je bil izdan:

Do kdaj velja:

Naslov prebivališča v tujini:

Naslov prebivališča v Sloveniji:

Telefon:

E-mail:

2. ŽELIM, DA ME O POSTOPKU OBVEŠČATE:

Po pošti:

Po faksu:

P elektronski pošti:

3. REGULIRANI POKLIC

Prosim za priznanje poklicne/ih kvalifikacij/e za opravljanje naslednjega reguliranega poklica iz Evidence reguliranih poklicev oz. dejavnosti v Republiki Sloveniji:

(natančno navedite naziv in številko iz Evidence reguliranih poklicev oziroma poklicnih dejavnosti v Republiki Sloveniji)

Ali ste v državi članici EU iz katere prihajate kvalificirani za opravljanje zgoraj navedenega reguliranega poklica (obkrožite)? DA/NE

Ali je poklic v državi članici iz katere prihajate reguliran (obkrožite)? DA/NE

Ali je za opravljanje zgoraj navedenega poklica v državi članici iz katere prihajate formalno organizirano izobraževanje, ki vam omogoča opravljanje tega poklica (obkrožite)? DA/NE

4. PODATKI O IZOBRAŽEVANJU IN USPOSABLJANJU

Ime izobraževalne ustanove (v matičnem jeziku):

Naslov izobraževalne ustanove:

Država:

Potrdilo pristojnega organa države članice o izpolnjevanju pogojev za opravljanje reguliranega poklica (priložite potrdilo).
Pridobljena kvalifikacija / diploma / spričevalo / drugo dokazilo o formalnem izobraževanju (priložite potrdilo).
Poklicni naziv v matičnem jeziku:
Trajanje izobraževanja in usposabljanja:
Dokazila o vsebini in poteku usposabljanja- področja in predmeti (priložite):
Dokazila o drugih kvalifikacijah (priložite):

5. POKLICNE IZKUŠNJE

Poklicne izkušnje iz opravljanje zadevnega reguliranega poklica (navedite datume, delovne organizacije, delovno mesto in priložite ustrezna potrdila):

6. PRILOŽENI DOKUMENTI

Navedite vse dokumente, ki ste jih priložili k prošnji.

Datum: _____

Podpis kandidata: _____

PRILOGA II: Vloga za priznanje poklicne/ih kvalifikacij/e na podlagi poklicnih izkušenj

1. OSEBNI PODATKI

Ime:

Priimek:

Datum rojstva:

Kraj rojstva:

Državljanstvo:

Osebni dokument:

Kje in kdaj je bil izdan:

Do kdaj velja:

Naslov prebivališča v tujini:

Naslov prebivališča v Sloveniji:

Telefon:

E-mail:

2. ŽELIM, DA ME O POSTOPKU OBVEŠČATE:

Po pošti:

Po faksu:

P elektronski pošti:

3. REGULIRANA POKLICNA DEJAVNOST

Prosim za priznanje poklicne/ih kvalifikacij/e za opravljanje naslednje regulirane poklicne dejavnosti iz Evidence reguliranih poklicev oz. dejavnosti v Republiki Sloveniji:

--

(natančno navedite naziv in številko iz Evidence reguliranih poklicev oziroma poklicnih dejavnosti v Republiki Sloveniji)

4. PODATKI O IZOBRAŽEVANJU IN USPOSABLJANJU

Ime izobraževalne ustanove (v matičnem jeziku):

Naslov izobraževalne ustanove:

Država:

Pridobljena kvalifikacija / diploma / spričevalo / drugo dokazilo o formalnem izobraževanju (priložite potrdilo).

Poklicni naziv v matičnem jeziku:

Trajanje izobraževanja in usposabljanja:

Dokazila o vsebini in poteku usposabljanja- področja in predmeti (priložite):
Dokazila o drugih kvalifikacijah (priložite):

5. POKLICNE IZKUŠNJE

Kandidat je opravljal zadevno poklicno dejavnost, kot je izkazano v priloženem dokumentu.
 Poklicna dejavnost v državi izvora/sedeža: _____

Samozaposlena oseba	Poslovodni delavec	Zaposlena oseba
Od:		Do:
Naziv in opis podjetja:		
Zaposlitev oziroma položaj kandidata v podjetju:		
Dejavnosti in glavne naloge v podjetju:		

Samozaposlena oseba	Poslovodni delavec	Zaposlena oseba
Od:		Do:
Naziv in opis podjetja:		
Zaposlitev oziroma položaj kandidata v podjetju:		
Dejavnosti in glavne naloge v podjetju:		

Samozaposlena oseba	Poslovodni delavec	Zaposlena oseba
Od:		Do:
Naziv in opis podjetja:		
Zaposlitev oziroma položaj kandidata v podjetju:		
Dejavnosti in glavne naloge v podjetju:		

Samozaposlena oseba	Poslovodni delavec	Zaposlena oseba
Od:		Do:
Naziv in opis podjetja:		

Zaposlitev oziroma položaj kandidata v podjetju:
Dejavnosti in glavne naloge v podjetju:

Samozaposlena oseba	Poslovodni delavec	Zaposlena oseba
Od:		Do:
Naziv in opis podjetja:		
Zaposlitev oziroma položaj kandidata v podjetju:		
Dejavnosti in glavne naloge v podjetju:		

5. PRILOŽENI DOKUMENTI

Navedite vse dokumente, ki ste jih priložili k prošnji.

Datum: _____

Podpis kandidata: _____

POSTOPEK PRIZNANJA IZOBRAZBE ZA DELAVCE, KI SO PRIDOBILI IZOBRAZBO V ENI OD DRUGIH REPUBLIK SFRJ, TRETJI DRŽAVI ALI V EU DRŽAVI (Pravilnik o pripravi in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti, Uradni list RS, št. 76/22).

1. OSEBNI PODATKI

IME

PRIIMEK

DATUM ROJSTVA

KRAJ ROJSTVA

DRŽAVLJANSTVO

NASLOV STALNEGA
PREBIVALIŠČA

NASLOV PREBIVALIŠČA V
SLOVENIJI

TELEFON

ELEKTRONSKA POŠTA

NASLOV ZA VROČANJE

2. VLOGA

PROSIM ZA PRIZNANJE POKLICNE KVALIFIKACIJE:

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti najdete v prilogi 1 in 2, Odredbe o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost (Uradni list RS, št. 111/22). Seznam reguliranih poklicev v zdravstvu najdete na [Odredba o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost \(pisrs.si\)](https://pisrs.si).

3. PODATKI O USPOSABLJANJU

A) PODATKI O OSNOVNEM IZOBRAŽEVANJU

IME IZOBRAŽEVALNE USTANOVE, KJER STE
ZAKLJUČILI IZOBRAŽEVANJE

NASLOV IZOBRAŽVALNE USTANOVE

DRŽAVA

ČAS TRAJANJA ŠTUDIJA

B) PODATKI O PRIPRAVNIŠTVU

Ali ste opravili pripravništvo v tujini (obkrožite):

da

ne

ČAS TRAJANJA OPRAVLJENEGA
PRIPRAVNIŠTVA

C) PODATKI O STROKOVNEM IZPITU

Ali ste opravili strokovni izpit v tujini:

da

ne

D) PODATKI O OPRAVLJENI SPECIALIZACIJI

Ali ste opravili specializacijo v tujini:

da

ne

E) DELOVNE IZKUŠNJE

Ali imate pet let ali več delovnih izkušenj v zadnjih sedmih letih? (obkrožite):

da

ne

Ali imate več kot sedem let delovnih izkušenj na specialističnem področju v zadnjih desetih letih:

da

ne

Vsa dokazila v tujem jeziku morajo biti prevedena v slovenski jezik po uradnem sodnem tolmaču.

Za overjen prevod se upošteva prevod s strani uradnega sodnega tolmača, ki je overjen s strani pristojnega organa.

Izpolnjeni vlogi in prilogam je potrebno predložiti tudi **potrdilo o plačilu upravne takse** v višini 22,60 EUR. Podatki za plačilo so navedeni na spletni strani Ministrstva za zdravje.

Vlogo in pripadajoča dokazila pošljete po pošti na naslov: Ministrstvo za zdravje, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana.

Datum: _____

Podpis osebe: _____