|  |  |
| --- | --- |
| Logo ZZ | **ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –**  **ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**  Ob železnici 30 A, 1000 Ljubljana  Tel: 01 544 54 80, pooblastila.tajnistvo@zbornica-zveza.si |

**VLOGA ZA VPIS V NACIONALNI REGISTER SPECIALNIH ZNANJ V DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE**

**Podatki o organizatorju specialnih znanj**

|  |  |
| --- | --- |
| Polni naziv organizatorja |  |
| Naslov organizatorja |  |
| Poštna številka in kraj |  |
| Davčna številka |  |
| Matična številka |  |
| Zavezanec za DDV |  |
| Odgovorna oseba |  |
| Telefon |  |
| e-pošta |  |
| Kontaktna oseba za izvedbo izobraževanja |  |
| Telefon |  |
| e-pošta |  |
| **Čas veljavnosti pooblastila organizatorju za vpis v Nacionalni register specialnih znanj\***  (izpolni komisija) | **do**  (izpolni komisija) |

*\* Veljavnost pooblastila organizatorju izobraževanja je v skladu z določili prvega odstavka 6. člena Pravilnika o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege* ***pet let od vpisa*** *v* ***Nacionalni register specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*** *(v nadaljnjem besedilu: pravilnik). Po petih letih od vpisa v register mora organizator izobraževanja posredovati komisiji za specialna znanja pri Zbornici – Zvezi, če še izvaja oziroma namerava izvajati izobraževanja za pridobitev specialnega znanja,* ***novo vlogo za vpis*** *v register z vsemi dokazili, določenimi v drugem odstavku 6. člena pravilnika.*

**Podatki o strokovnem izobraževanju**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naslov izobraževanja |  | |
| Naziv pridobljenega specialnega znanja |  | |
| Časovno trajanje  (število ur) |  | |
| Datum in kraj izvedbe |  | |
| Ciljna populacija |  | |
| Namen izobraževanja |  | |
| Pridobljene kompetence |  | |
| Priporočilo organizatorja o času veljavnosti specialnega znanja oz. o programu obnavljanja specialnega znanja \*\* | **DA, priporočam veljavnost**  **let** | **NE priporočam**  **veljavnosti** |

*\*\* Organizator lahko* ***priporoči čas veljavnosti*** *specialnega znanja oz. program* ***rednega obnavljanja*** *oz. dopolnjevanja specialnega znanja, če se zaradi zahtevnosti ali kompleksnosti zdravstvene obravnave oz. razvoja zdravstvenih tehnologij priporoča, da je treba specialna znanja po določenem času obnavljati. Organizator v vlogo* ***vpiše priporočeni čas******veljavnosti specialnega znanja*** *oz.* ***priporoči čas,*** *v katerem bi moral udeleženec* ***obnoviti*** *oz.* ***dopolniti*** *pridobljeno specialno znanje. Priporočilo organizatorja se navede na potrdilu ali na prilogi k potrdilu izvajalca o strokovni usposobljenosti za ožje strokovno področje (tretji odstavek 6. člena pravilnika).*

*Če organizator* ***ne priporoči časa veljavnosti,*** *v vlogi označi, da ne priporoča veljavnosti. V navedenem primeru lahko priporočilo o času veljavnosti predlaga tudi pristojna strokovna sekcija pri Zbornici – Zvezi.*

*Priporočenega časa veljavnosti specialnega znanja oz. priporočenega časa obnavljanja specialnega znanja ki ga priporoči organizator, ne gre enačiti s petletno veljavnostjo pooblastila organizatorju izobraževanja. Veljavnost pooblastila organizatorju, da še naprej organizira izobraževanja za pridobitev specialnih znanj, ki so že vpisana v register, je pet let.*

*Organizator pa lahko tudi sam priporoči čas veljavnosti oz. priporoči čas, v katerem bi moral udeleženec* ***obnoviti*** *oz.* ***dopolniti*** *pridobljeno specialno znanje. Časovna opredelitev obdobja je strokovna presoja organizatorja.*

*Če organizator priporoči čas veljavnosti oz. čas obnavljanja oz. dopolnjevanja specialnega znanja, Zbornica – Zveza priporoča, da organizator pred potekom priporočenega roka izvede krajše izobraževanje, na katerem bodo lahko udeleženci obnovili oziroma dopolnili specialno znanje.*

**Obvezne priloge k vlogi ORGANIZATORJA v skladu s Pravilnikom o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (v nadaljevanju pravilnik)**

|  |
| --- |
| 1. Predstavitev organizatorja\* (v skladu s 5. in 6. členom pravilnika) |
| 1. Program izobraževanja, ki mora vsebovati vse elemente druge alineje drugega odstavka 6. člena pravilnika ter obsegati najmanj 100 ur (7. člen pravilnika) |
| 1. Seznam izvajalcev izobraževanja s referencami in bibliografijo\*\* (v skladu s 5. in 6. členom pravilnika) |
| 1. Obrazec zapisnika poteka preverjanja znanja (v skladu z 8. do 14. členom pravilnika) |
| 1. Obrazec potrdila o izpitu in priloge k potrdilu (14. člen pravilnika) |
| Po izvedenem izobraževanju organizator za vse udeležence priloži:   1. **Seznam udeležencev** izobraževanja, ki vsebuje **podatke o udeležencu** (ime in priimek, naslov, datum rojstva, datum preverjanja znanja ter fotokopijo listine o doseženi najvišji stopnji izobrazbe s področja zdravstvene ali babiške nege \*\*\*) 2. Zapisnik izpita vsakega posameznega udeleženca, iz katerega je razviden: 3. Podpis treh članov komisije (10. člen pravilnika) 4. Dokazilo o izvedbi teoretičnega in praktičnega dela (11. člen pravilnika) 5. Dokazilo o uspehu (12. člen pravilnika) 6. Potrdilo o opravljenem izpitu za vsakega posameznega udeleženca izobraževanja (14. člen pravilnika) 7. Prilogo k potrdilu (14. člen pravilnika) – pridobljene kompetence, podatki o vsebini izobraževanja |

***\**** *Organizator mora biti registriran za opravljanje dejavnosti izobraževanja. Imeti mora organizacijsko in strokovno usposobljeno osebje za izvedbo strokovnega srečanja ter izdelani sistem preverjanja znanja udeležencev.*

*\*\* Med izvajalci izobraževanja mora biti najmanj 50 % strokovnjakov s področja pridobivanja specialnega znanja*

*\*\*\* Dosežena najvišja stopnja izobrazbe s področja zdravstvene ali babiške nege*

*a)* ***fotokopijo spričevala*** *o zaključenem srednješolskem izobraževanju oziroma* ***fotokopija diplome****.*

*b)* ***fotokopijo strokovnega izpita za najvišjo pridobljeno stopnjo*** *izobrazbe s področja zdravstvene ali babiške nege oziroma* ***fotokopijo odločbe Ministrstva za zdravje RS o oprostitvi opravljanja strokovnega izpita*** *(točka »c« za vas ne velja).*

*c) V primeru, da ste diplomirali po študijskem programu, ki je usklajen z direktivo Evropskega parlamenta in Sveta št. 2005/36/ES za poklic diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice priložite* ***fotokopijo priloge k diplomi*** *iz katere je razviden podatek* ***2005/36/ES*** *(točka »b« za vas ne velja).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum Podpis odgovorne osebe  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  | | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **IZPOLNI KOMISIJA ZA SPECIALNA ZNANJA V DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE ZBORNICE – ZVEZE**   |  |  | | --- | --- | | Datum obravnavane vloge |  | | Številka vpisa v Nacionalni register specialnih znanj |  | | Številka sklepa |  | | |

Opomba:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Datum Podpis predsednika komisije