

Podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti
(vstaviti glavo izvajalca)

Ministrstvo za zdravje
Štefanova ulica 5
1000 Ljubljana

VLOGA ZA PODELITEV NAZIVA UČNI ZAVOD

1. Spodaj podpisani/a (dopišite ime, priimek in funkcijo odgovorne osebe izvajalca zdravstvene dejavnosti)

v skladu s Pravilnikom o pogojih, ki jih mora izpolnjevati izvajalec zdravstvene dejavnosti za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (Uradni list RS, št. 103/05; v nadaljnjem besedilu Pravilnik) in podajam vlogo za:

(navedite naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti, naziv in naslov lokacije/poslovne enote za katero podajate vlogo)

za pridobitev naziva učni zavod, sicer za izvedbo praktičnega izobraževanja in usposabljanja dijakov oziroma študentov sledečih usmeritev oziroma smeri študijskih programov (navedite):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

2. Izjavljam, da navedeni izvajalec zdravstvene dejavnosti skladu z 2. členom Pravilnika izpolnjuje naslednje pogoje (označite):
- 2.1. ima organizirano strokovno enoto, v kateri je možno praktično izobraževanje in usposabljanje dijakov in študentov posameznih usmeritev oziroma smeri študijskih programov
☐ DA ☐ NE
- 2.2. ima zaposlene najmanj 3 strokovne delavce usposobljene za pedagoško delo, z izobrazbo v skladu z zahtevami programa posameznih usmeritev in smeri izobraževanja. Strokovni sodelavci morajo imeti poleg pogojev iz prejšnjega stavka tudi opravljen strokovni izpit s področja zdravstvene dejavnosti in najmanj 3 leta delovnih izkušenj v zdravstveni dejavnosti
☐ DA ☐ NE
- 2.3. strokovne enote imajo v času izvajanja praktičnega pouka najmanj 10 strokovnih primerov s področja, ki je predmet praktičnega izobraževanja in usposabljanja dijakov in študentov
☐ DA ☐ NE
- 2.4. strokovne enote so primerno opremljene; imajo morajo ustrezne prostore (seminarski prostori, garderobe za dijake in študente ter učitelje) ter zadostno število medicinskih in drugih pripomočkov za delo po sodobnih načelih in metodah v posameznih strokah
☐ DA ☐ NE
- 2.5. strokovne enote morajo za zagotavljanje varnega dela biti opremljene v skladu s predpisi s področja varstva pri delu
☐ DA ☐ NE

3. Dokazila o zaposlenih zdravstvenih delavcih

Tabela 1: Področje in izpolnjevanje pogojev v skladu z 2. točko Pravilnika

(v Tabeli 1 označite področje za katerega vlagate vlogo za podelitev naziva učni zavod, dopišite ime in priimek zaposlenih pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjujejo pogoje iz 2. točke 2. člena Pravilnika ter priložite dokazila oziroma izjave s katerimi dokazujete izpolnjevanje pogojev)

Področje za katerega izvajalec vlaga vlogo za pridobitev naziva učni zavod		Naziv	Izpolnjevanje pogojev					
			Ime in priimek zaposlenega, ki izpolnjuje pogoje iz 2. točke Pravilnika	Izpolnjevanje pogojev iz 2. točke Pravilnika ¹				
				Diploma	Strokovni izpit/licenca	Delovne izkušnje	Usposobljenost za pedagoško delo	Morebitne opombe
1. ☐ Babištvo	☐ prvostopenjski (visokošolski) študijski program	diplomirani babiĉar/diplomirana babica		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
2. ☐ Delovna terapija	☐ prvostopenjski (visokošolski) študijski program	diplomirani delovni terapevt/diplomirana delovna terapevtka		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
3. ☐ Dentalna medicina oziroma podroĉje zobotehniĉnih del	☐ univerzitetni študijski program	doktor dentalne medicine		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
	☐ prvostopenjski (visokošolski) študijski program	inženir zobne protetike/inženirka zobne protetike		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
	☐ srednja strokovna izobrazba	zobotehnik/zobotehnica		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	

¹ Vlogi strukturirano, pod zaporedno številko področja iz Tabele 1, priložite dokazila oziroma izjave, s katerimi za posameznega zaposlenega dokazujete

- izpolnjevanje pogojev za samostojno delo na področju, za katerega se podaja vloga za podelitev naziva učni zavod (diploma, strokovni izpit/veljavna licenca/dokazilo o vpisu v register). V primeru, da je pri zaposlenem prišlo do spremembe priimka, naj bo le-to iz vloge razvidno.
- izpolnjevanja pogoja najmanj 3 let delovnih izkušenj v zdravstveni dejavnosti, in sicer na področju za katerega se podaja vloga za podelitev naziva učni zavod
- usposobljenost za pedagoško delo

Področje za katerega izvajalec vlaga vlogo za pridobitev naziva učni zavod		Naziv	Izpolnjevanje pogojev					
			Ime in priimek zaposlenega, ki izpolnjuje pogoje iz 2. točke Pravilnika	Izpolnjevanje pogojev iz 2. točke Pravilnika				
				Diploma	Strokovni izpit/licenca	Delovne izkušnje	Usposobljenost za pedagoško delo	Morebitne opombe
4.	☐ Farmacija	magister farmacije/magistra farmacije		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
	☐ srednja strokovna izobrazba	farmacevtski tehnik/farmacevtska tehnica		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
5.	☐ Fizioterapija	magister fizioterapije/magistri ca fizioterapije		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
		diplomirani fizioterapevt/diplomir ana fizioterapevtka		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
6.	☐ Laboratorijska dejavnost	magister laboratorijske biomedicine/magistri ca laboratorijske biomedicine		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
		diplomirani inženir laboratorijske biomedicine/diplomir ana inženirka laboratorijske biomedicine		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
	☐ srednja strokovna izobrazba	tehnik laboratorijske biomedicine/tehnica laboratorijske biomedicine		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	

Področje za katerega izvajalec vlaga vlogo za pridobitev naziva učni zavod		Naziv	Izpolnjevanje pogojev					
			Ime in priimek zaposlenega, ki izpolnjuje pogoje iz 2. točke Pravilnika	Izpolnjevanje pogojev iz 2. točke Pravilnika				
				Diploma	Strokovni izpit/licenca	Delovne izkušnje	Usposobljenost za pedagoško delo	Morebitne opombe
7. ☐ Medicina	☐ univerzitetna izobrazba	zdravnik specialist/zdravnica specialistka		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
		zdravnik/zdravnica		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
8. ☐ Ortotika in protetika	☐ prvostopenjski (visokošolski) študijski program	diplomirani ortotik in protetik/diplomirana ortotičarka in protetičarka		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
9. ☐ Psihologija	☐ univerzitetna izobrazba	specialist klinične psihologije/specialistka klinične psihologinje		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
10. ☐ Radiologija	☐ prvostopenjski (visokošolski) študijski program	magister inženir radiološke tehnologije/magistrica inženirka radiološke tehnologije		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
		diplomirani inženir radiološke tehnologije/diplomirana inženirka radiološke tehnologije		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	

Področje za katerega izvajalec vlaga vlogo za pridobitev naziva učni zavod		Naziv	Izpolnjevanje pogojev					
			Ime in priimek zaposlenega, ki izpolnjuje pogoje iz 2. točke Pravilnika	Izpolnjevanje pogojev iz 2. točke Pravilnika				
				Diploma	Strokovni izpit/licenca	Delovne izkušnje	Usposobljenost za pedagoško delo	Morebitne opombe
11. ☐ Sanitarno inženirstvo	☐ prvostopenjski univerzitetni študijski program	magister sanitarnega inženirstva/magistrica sanitarnega inženirstva		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
		diplomirani sanitarni inženir/diplomirana sanitarna inženirka		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
12. ☐ Zdravstvena nega	☐ prvostopenjski (visokošolski) študijski program	magister zdravstvene nege/magistrica zdravstvene nege		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
		diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
	☐ srednja strokovna izobrazba	tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
	☐ srednja poklicna izobrazba	bolničar-negovalec/bolničarka-negovalka		☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
13. ☐ Drugo				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
14. ☐ Drugo				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	
				☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	☐ DA ☐ NE	

4. Status izvajalca zdravstvene dejavnosti (označite):

☐ javni zdravstveni zavod

☐ javni socialnovarstveni, javni vzgojno izobraževalni zavod

☐ koncesionar, ki je v mreži javne službe na področju socialnega varstva oziroma vzgoje in izobraževanja ter v skladu z 8. členom Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu ZZDej) opravlja tudi zdravstveno dejavnost

☐ drugo: _____ (dopišite)

5. Plačilo upravne takse

Obvezna priloga vlogi je dokazilo o plačilu upravne takse višini 22,60 EUR (taksa se poravnava na račun št. 01100-1000315637, sklic 11 27111-7111002-22 z navedbo "upravna taksa (tar. št. 1-10, 80 in 82 ZUT) – državne v skladu z Zakonom o upravnih taksah (Uradni list RS, št. 106/10 – uradno prečiščeno besedilo, 14/15 – ZUUJFO, 84/15 – ZZelP-J, 32/16, 30/18 – ZKZaš in 189/20 – ZFRO; v nadaljnjem besedilu: ZUT). Osebe javnega prava, v skladu z 2.a točko 23. člena ZUT, upravne takse ne plačujejo. Izvajalec zdravstvene dejavnosti vlogi priloži veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

6. Dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti

Priloženo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu s 3.a členom ZZDej

☐ DA ☐ NE

Izjavljam, da so v vlogi navedeni podatki resnični. Seznanjen/a sem, da ta izjava velja največ 5 let in da se vsako spremembo, povezano z izpolnjevanjem pogojev za pridobitev naziva učni zavod v 15 dneh od njenega nastanka sporoči ministrstvu, pristojnemu za zdravje.

Kraj in datum

Podpis odgovorne osebe izvajalca zdravstvene dejavnosti in
žig izvajalca zdravstvene dejavnosti
