**Podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti**

*(vstaviti glavo izvajalca)*

**Ministrstvo za zdravje**

**Štefanova ulica 5**

**1000 Ljubljana**

Št: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 poslovne enote za katero podajate vlogo)

za pridobitev naziva učni zavod, in sicer za izvedbo praktičnega pouka izobraževalnih zdravstvenih šol za program (označite oziroma dopišite):

**Babištvo**

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Babištvo

**Delovna terapija**

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Delovna terapija

**Dentalna medicina oziroma področje zobotehničnih del**

enoviti magistrski študijski program druge stopnje Dentalna medicina

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Laboratorijska zobna protetika

program srednjega strokovnega izobraževanja Zobotehnik

**Farmacija**

enoviti magistrski študijski program druge stopnje Farmacija

program srednjega strokovnega izobraževanja Farmacevtski tehnik

**Fizioterapija**

magistrski študijski program druge stopnje Fizioterapija

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Fizioterapija

**Laboratorijska biomedicina**

magistrski študijski program druge stopnje Laboratorijska biomedicina

program srednjega strokovnega izobraževanja Tehnik laboratorijske biomedicine

**Medicina**

enoviti magistrski študijski program druge stopnje Medicina

**Ortotika in protetika**

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Ortotika in protetika

**Radiološka tehnologija**

magistrski študijski program druge stopnje Radiološka tehnologija

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Radiološka tehnologija

**Sanitarno inženirstvo**

magistrski študijski program druge stopnje Sanitarno inženirstvo

univerzitetni študijski program prve stopnje Sanitarno inženirstvo

**Zdravstvena nega**

magistrski študijski program druge stopnje Zdravstvena nega

visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Zdravstvena nega

program srednjega strokovnega izobraževanja Tehnik zdravstvene nege

program srednjega poklicnega izobraževanja Bolničar-negovalec

Drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Izjavljam, da navedeni izvajalec zdravstvene dejavnosti skladu z 2. členom Pravilnika na ravni poslovne enote za katero se podaja vloga za označen/e program/e iz prejšnje točke izpolnjuje naslednje pogoje (označite):
   1. ima organizirano strokovno enoto, v kateri je možno praktično izobraževanje in usposabljanje dijakov in študentov posameznih usmeritev oziroma smeri študijskih programov za katere se podaja vloga

DA  NE

* 1. 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 (oziroma biti vpisani v register in imeti veljavno licenco) in najmanj 3 leta delovnih izkušenj v zdravstveni dejavnosti, in sicer na področju za katerega se podeljuje naziv učni zavod

DA  NE

* 1. 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

* 1. strokovne enote so primerno opremljene; imajo 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

* 1. strokovne enote morajo za zagotavljanje varnega dela biti opremljene v skladu s predpisi s področja varstva pri delu

DA  NE

1. Dokazila o zaposlenih zdravstvenih delavcih

Tabela 1: Izobraževalni program 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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izobraževalni program zdravstvenih šol ter fakultet za izvajanje praktičnega pouka katerega želi izvajalec zdravstvene dejavnosti pridobiti naziv učni zavod** | | **Naziv** | **Izpolnjevanje pogojev** | | | | | |
| **Ime in priimek zaposlenega, ki izpolnjuje pogoje iz 2. točke Pravilnika** | **Izpolnjevanje pogojev iz 2. točke Pravilnika[[1]](#footnote-1)** | | | | |
| **Diploma** | **Strokovni izpit/licenca** | **Delovne izkušnje** | **Usposobljenost za pedagoško delo** | **Morebitne opombe** |
| **1.**  **Babištvo** | visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Babištvo | Diplomirani babičar/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** | visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Delovna terapija | 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 področje zobotehničnih del** | enoviti magistrski študijski program druge stopnje Dentalna medicina | Doktor/doktorica 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 |  |
| visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Laboratorijska zobna protetika | 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 |  |
| program srednjega strokovnega izobraževanja Zobotehnik | 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izobraževalni program zdravstvenih šol ter fakultet za izvajanje praktičnega pouka katerega želi izvajalec zdravstvene dejavnosti pridobiti naziv 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** | enoviti magistrski študijski program druge stopnje 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 |  |
| program srednjega strokovnega izobraževanja Farmacevtski tehnik | 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** | magistrski študijski program druge stopnje Fizioterapija | Magister fizioterapije/magistrica 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 |  |
| visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Fizioterapija | Magister fizioterapije/magistrica 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/diplomirana 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 biomedicina** | magistrski študijski program druge stopnje Laboratorijska biomedicina | Magister laboratorijske biomedicine/magistrica 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/diplomirana 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 |  |
| program srednjega strokovnega izobraževanja Tehnik laboratorijske biomedicine | 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izobraževalni program zdravstvenih šol ter fakultet za izvajanje praktičnega pouka katerega želi izvajalec zdravstvene dejavnosti pridobiti naziv 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** | enoviti magistrski študijski programe druge stopnje Medicina | 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** | visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Ortotika in protetika | 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.**  **Radiološka tehnologija** | magistrski študijski program druge stopnje Radiološka tehnologija | Magister inženir radiološke tehnologije/magistrica inženirka radiološke tehnologije |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Radiološka tehnologija | 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izobraževalni program zdravstvenih šol ter fakultet za izvajanje praktičnega pouka katerega želi izvajalec zdravstvene dejavnosti pridobiti naziv 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** | magistrski študijski program druge stopnje Sanitarno inženirstvo | 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 |  |
| univerzitetni študijski program prve stopnje Sanitarno inženirstvo | 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** | magistrski študijski program druge stopnje Zdravstvena nega | Magister zdravstvene nege/magistrica zdravstvene nege |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Zdravstvena nega | 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 |  |
| program srednjega strokovnega izobraževanja Tehnik zdravstvene nege | 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 |  |
| program srednjega poklicnega izobraževanja Bolničar-negovalec | 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izobraževalni program zdravstvenih šol ter fakultet za izvajanje praktičnega pouka katerega želi izvajalec zdravstvene dejavnosti pridobiti naziv 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** |
| **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 |  |

1. 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)

1. Plačilo upravne takse

Obvezna priloga vlogi je dokazilo o plačilu upravne takse višini 22,60 EUR (taksa se poravna 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**.

1. Dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti

Priloženo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu s 3 ali 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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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** [↑](#footnote-ref-1)