



**KANDIDATURA ZA PREDSTAVNIKA UPORABNIKOV IZVAJALCA DOLGOTRAJNE OSKRBE ALI
PREDSTAVNIKA DRUŽINSKIH ČLANOV UPORABNIKA DOLGOTRAJNE OSKRBE**

Ime in priimek: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Stalno bivališče: _____

Elektronski naslov: _____

Izobrazba: _____

Zaposlitev (poklic): _____

Telefon, mobitel: _____

Navedeni podatki se zbirajo in obdelujejo z namenom izvedbe postopka za imenovanje predstavnika uporabnikov izvajalca dolgotrajne oskrbe ali predstavnika družinskih članov uporabnika dolgotrajne oskrbe, ki mora imeti stalno prebivališče v Občini Sevnica v svet javnega zavoda Zdravstveni dom Sevnica.

Na podlagi 28.a člena ZZDej, 13. člena Odloka in 34. člena Statuta mora član sveta zavoda, ki ni predstavnik delavcev zavoda, izpolnjevati naslednje pogoje:

1. ima najmanj izobrazbo, pridobljeno po študijskem programu druge stopnje, oziroma izobrazbo, ki ustreza ravni izobrazbe, pridobljeni po študijskih programih druge stopnje, in je v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje kvalifikacij, uvrščena na 8. raven, s področja zdravstva, upravljanja, ekonomije ali prava,
(DOKAZILO: FOTKOPIJA DIPLOME)
2. ima ustrezna znanja o pristojnostih in vlogi sveta zavoda, poslovanju, financiranju in organiziranosti zavoda ter znanja s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja oziroma zdravstvene dejavnosti, kar izkaže s potrdilom, ki ga v skladu z zakonom izda pristojna organizacija, ki ga predloži najpozneje ob imenovanju, **(Kot je zapisano v 9. členu Zakona o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list 111/2025) (pogoj za člana sveta zavoda) mora imenovani predložiti potrdilo o imenovanju najpozneje v 12 mesecih od imenovanja).**
3. ni pravnomočno obsojen ali zoper njega ni vložena pravnomočna obtožnica ali na podlagi obtožnega predloga razpisana glavna obravnava zaradi kaznivega dejanja zoper gospodarstvo, kaznivega dejanja zoper pravni promet oziroma kaznivega dejanja zoper uradno dolžnost,

4. ni državni funkcionar, poklicni funkcionar samoupravnih lokalnih skupnosti, predstavnik pogodbenih partnerjev zdravstvenega zavoda, predstavnik poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, sindikalni zaupnik v kateremkoli zdravstvenem zavodu, zakoniti zastopnik ali vodilni delavec pravnih ali fizičnih oseb, ki ponujajo zasebna zdravstvena zavarovanja, zdravila in medicinske pripomočke, ter predstavnik drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vpliva na nepristransko in objektivno opravljanje nalog,
5. ga odlikuje osebna integriteta in poslovna etičnost ter Komisija za preprečevanje korupcije zanj s pravnomočnim aktom ni ugotovila kršitev integritete, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije

IZJAVA KANDIDATA:

Ustrezno obkroži:

1. Podpisani izjavljam, da izpolnjujem vse pogoje iz 28.a člena Zakona 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, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25 in 112/25 – odl. US), 13. člena Odloka o ustanovitvi javnega zavoda Zdravstveni dom Sevnica (Uradni list RS, št. 61/25) in 34. člena Statuta Zdravstvenega doma Sevnica.
2. Soglašam s kandidaturo in dovoljujem, da Občina Sevnica z namenom preverjanja navedenih podatkov, pridobi podatke iz uradnih evidenc, ki so navedeni v 1., 3. in 5. točki. V primeru, da kandidat s tem ne soglaša, mora sam predložiti ustrezna dokazila.
3. Dovoljujem zbiranje in obdelovanje zgoraj navedenih osebnih podatkov z namenom izvedbe postopka imenovanja predstavnikov ustanoviteljice Občine Sevnica v svet javnega zavoda Zdravstveni dom Sevnica .

Datum: _____

Podpis kandidata: _____

Priloga:

- Fotokopija diplome predlaganega kandidata