

Lastenortopedian ja traumatologian erityispätevyys

Haen erityispätevyyttä siirtymäajan 15.6.2005-15.6.2008 mukaan

Imoitaudun erityispätevyyskoulutukseen.
Kullekin koulutettavalle laaditaan yksilöllinen pätevyityssuunnitelma

Hakijan tiedot

Hakijan nimi _____

Henkilötunnus _____

Lähiosoite _____

Postinumero ja postitoimipaikka _____

Puhelin (työ) _____

Puhelin (koti tai gsm) _____

Sähköpostiosoite _____

Perustutkinto

Yliopisto ja suorittamispäivämäärä _____

Erikoislääkäritutkinto/tutkinnot

Yliopisto(t) ja suorittamispäivämäärä(t) _____

Muu tutkinto

Yliopisto ja suorittamispäivämäärä

Muu pätevyys

Mikä ja suorittamispäivämäärä

Koulutustilaisuus ja paikka	Ajankohta	Tuntimäärä

Jatka tarvittaessa erillisessä liitteessä.

Kuulustelu

Suoritettu. Milloin? _____

Liitteet

- Nimikirjanote tai työtodistukset (kopio)
- Todistukset teoreettisesta kurssimuotoisesta koulutuksesta (kopio)
- Tarvittaessa esimiehen antama todistus, josta ilmenee palvelujen kesto ja luonne

Vakuutus ja allekirjoitus

Vakuutan, että edellä antamani tiedot pitävät paikkansa ja toimitan tarvittaessa asianmukaiset todistukset tarkastettavaksi, mikäli erityispätevyystoimikunta sitä erikseen pyytää.

Edellä esittämäni selvityksen ja vakuutuksen perusteella pyydän, että minulle myönnettäisiin lasten ortopedian ja traumatologian erityispätevyys.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Hakemus toimitetaan osoitteeseen:

Yrjänä Nietosvaara. Uusi lastensairaala. PL 347, 00029 HUS

Erityispätevyystoimikunnan merkinnät

Hakemus saapunut _____

Käsitelty ensimmäisen kerran _____

Lisätietoja pyydetty _____

Lisätiedot saatu _____

Hakemus hyväksytty _____

Hakemus hylätty _____

Hylkäyksen perustelut _____

Asiakirjat toimitettu SLL:n Koulutusvaliokunnalle _____

Koulutusvaliokunnan päätös saatu _____

Päätös ja valitusoikeus toimitettu tiedoksi hakijalle _____

Lisätietoja _____

Erityispätevyystoimikunnan jäsenten allekirjoitus

Nimi ja selvennys

Nimi ja selvennys

Nimi ja selvennys