 **Erikoishammaslääkärikoulutus**

**Koulutuspäällikkö Kirsi Puomila**

**Medisiina, Kiinamyllynkatu 10 C7, 20520 Tku**

**HAKEMUS opintosuoritusten hyväksymiseksi**   
haettaessa todistusta erikoishammaslääkärikoulutuksen suorittamisesta

Vastaanotettu \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Lomake pyydetään täyttämään sähköisesti (allekirjoitusosiota lukuun ottamatta).

**ERIKOISTUVAN HAMMASLÄÄKÄRIN PERUSTIEDOT**

|  |  |
| --- | --- |
| Sukunimi ja etunimet | TY:n opiskelijanumero |
| Sähköpostiosoite | Puhelinnumero virka-aikaan |
| Osoite, johon koulutustodistus postitetaan | |
| Todistuksen voi postittaa em. osoitteeseen  TAI Noudan valmiin todistuksen Medisiinasta | |

|  |  |
| --- | --- |
| HLL-tutkinnon valmistumisen päivämäärä  **/      20** | Valviran laillistuksen päivämäärä  **/      20** |
| Kaksi vuotta päätoimista työtä hammaslääkärin kliinisissä tehtävissä tullut täyteen  **/      20** mennessä | |

|  |
| --- |
| Opinto-oikeus erikoishammaslääkärikoulutukseen myönnetty Turun yliopistossa  **/      20** |
| Erikoisala ja suuntautumisvaihtoehto |
| Sivuosa-alue(et) |
| Erikoisalan vastuuhenkilö Turun yliopistossa |

1. **TIEDOT KLIINISESTÄ KÄYTÄNNÖN KOULUTUKSESTA**

**Ohjeet koulutuksen laskemisesta löytyvät erikoishammaslääkärikoulutuksen opinto-oppaasta.**

**Työtodistuksissa tulee näkyä poissaolot/keskeytykset ja ne tulee huomioida koulutuksen kestoa laskiessa. Huomioi myös, että osa-aikaisen työn on oltava vähintään 50 % kokopäiväisestä työstä, eikä kahta tai useampaa alle 50 %:n työajalla tehtyä käytännön koulutusta voi yhdistää.**

|  |
| --- |
| Yleiskuvaus kliinisestä käytännön koulutuksesta |

1. **TERVEYSKESKUSKOULUSTUSJAKSO (9 kk)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Työpaikka / ohjaaja | Aikaväli | Kesto (v, kk, pv)        vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
| Hyväksyttävä koulutus yhteensä | | vuotta,       kk,       pv |

1. **YLIOPISTOSAIRAALATYÖ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Työpaikka / ohjaaja | Aikaväli | Kesto (v, kk, pv)        vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
| Hyväksyttävä koulutus yhteensä | | vuotta,       kk,       pv |

1. **YLIOPISTOSAIRAALAN ULKOPUOLINEN TYÖ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Työpaikka / ohjaaja | Aikaväli | Kesto (v, kk, pv)        vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
|  |  | vuotta,       kk,       pv |
| Hyväksyttävä koulutus yhteensä | | vuotta,       kk,       pv |

1. **TEORIAKOULUTUS**

**Yhteenveto suoritetuista koulutuksista ja kursseista sekä täytetty lokikirja esitetään erikoisalan vastuuhenkilölle. Tarkista teoriakoulutukseen vaadittava tuntimäärä oman erikoisalasi opetussuunnitelmasta.**

|  |
| --- |
| Teoriakoulutuksen kokonaismäärä tunteina ja yleiskuvaus sisällöstä |

1. **MONIAMMATILLISET JOHTAMISOPINNOT**

**10 op johtamisopinnot tulee hyväksyttää Medimerc-yksikössä ja tiedekunta tarkastaa suorituksen suoraan Turun yliopiston opintorekisteristä.**

1. **ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIKOULUTUKSEN KUULUSTELUT**
2. **Valtakunnallinen kuulustelu**

Hyväksytyn suorituksen päivämäärä

**/      20**

1. **Sivuosa-alueiden kuulustelut**

**Erikoisalan vastuuhenkilön allekirjoittama todistus hyväksytysti suoritetusta kuulustelusta liitetään mukaan todistushakemukseen.**

Hyväksyttyjen suoritusten päivämäärät

**/      20**  **/      20**

1. **PERUSTIEDOT LAADITUISTA TUTKIELMISTA JA JULKAISUISTA**

|  |
| --- |
| Tutkielman / tutkielmien otsikot ja ohjaaja(t) |

**HAKIJAN ALLEKIRJOITUS**

|  |  |
| --- | --- |
| Aika ja paikka | Allekirjoitus |

**Erikoishammaslääkärikoulutuksen suoritusten hyväksyminen**

**Erikoisalan vastuuhenkilö vahvistaa allekirjoituksellaan tähän hakemukseen ja sen liitteisiin kirjatut opintosuoritukset osaksi erikoishammaslääkärikoulutusta ja vahvistaa opintosuoritusten sisällöllisen riittävyyden todistuksen saamiseksi suoritetusta erikoishammaslääkärikoulutuksesta:**

**ERIKOISALAN VASTUUHENKILÖN HYVÄKSYMISPÄÄTÖS**

|  |  |
| --- | --- |
| Päiväys | Allekirjoitus  Nimenselvennys |

**HAKEMUKSEN LIITTEET**

Valviran laillistuspäätös, myös mahdollinen osalaillistuspäätös

Työtodistukset, joissa tulee näkyä poissaolot/keskeytykset tai maininta, ettei niitä ole.

Selvitys/listaus teoriakoulutuksesta

Todistus hyväksytysti suoritetuista kuulusteluista, mikäli suoritukset eivät näy opintorekisterissä

Henkilökohtaiset erikoistumista koskevat sopimukset, jos sellaisia on laadittu

Suuradiologian erikoituvat: säteilysuojelukoulutukset todistukset

Tarvittaessa allekirjoitettu selvitys tutkijana toimimisesta: tutkimuksen aihe, kuvaus työtehtävistä, mahdolliset julkaisut, tutkimuksen vastuuhenkilö, tutkimusajanjakso, mahdollinen osa-aikaisuus ja keskeytykset, sekä erikoisalan vastuuhenkilön vahvistus koulutukseen hyväksyttävästä kuukausimäärästä.

Tarvittaessa allekirjoitettu selvitys opintosuoritusten vanhenemisesta ja viivästykseen vaikuttaneista syistä. *Käytännön kouutus, teoreettisen kurssimuotoisen koulutuksen kurssit ja yksittäiset johtamiskoulutuksen kurssit vanhenevat 6 vuodessa (suu- ja leukakirurgia 10 vuodessa), ja suoritettu kuulustelu 4 vuodessa. 9 kuukauden terveyskeskuskoulutusjakso sekä johtamisopintojen 10 op kokonaisuus eivät vanhene.*

Sähköisesti täytetty ja allekirjoitettu (2 kpl allekirjoituksia) hakemus liitteineen toimitetaan lomakkeen oikeassa yläkulmassa mainitulle henkilölle.

**LÄÄKETIETEELLISEN TIEDEKUNNAN MERKINNÄT**

|  |
| --- |
| Todistus valmis kirjoitettavaksi (pvm, puumerkki) |