

 **Erikoislääkärikoulutus**

 **Opintosihteeri Riitta Paju**

 **Medisiina, Kiinamyllynkatu 10 C7, 20520 Turku**

**HAKEMUS**

9 kuukauden pakollisen terveyskeskuskoulutusjakson hyväksyttämisestä erikoislääkärikoulutukseen

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

Lomake pyydetään täyttämään sähköisesti (allekirjoitusosiota lukuun ottamatta).

**HAKIJAN PERUSTIEDOT**

|  |  |
| --- | --- |
| Sukunimi      | Etunimet      |
| TY:n opiskelijanumero      |
| Sähköposti      | Puhelinnumero      |
| Valviran laillistuksen päivämäärä     /      20      | Erikoislääkärikoulutuksen opinto-oikeus myönnetty     /      20      |

**TERVEYSKESKUSKOULUTUSJAKSO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Koulutuspaikka / lähiohjaaja | Aikaväli | Kesto (v, kk, pv) |
|       |       |       vuotta,       kk,       pv |
|       |       |       vuotta,       kk,       pv |
|       |       |       vuotta,       kk,       pv |
|       |       |       vuotta,       kk,       pv |
|       |       |       vuotta,       kk,       pv |
| Hyväksyttävä koulutus yhteensä |       vuotta,       kk,       pv |

**HAKIJAN ALLEKIRJOITUS**

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

**HAKEMUKSEN LIITTEET** (Huom! Kaikista terveyskeskusjaksoista)

[ ]  Valviran laillistuspäätös

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

[ ]  Ohjaajien allekirjoittamat todistukset terveyskeskuskoulutusjaksojen monipuolisuudesta (Koulutustodistus)

[ ]  Sähköpostivahvistukset terveyskeskusarvioinneista

 HUOM! Terveyskeskuskoulutusjakso hyväksytään vain jos koulutuspaikka on arvioitu

**PAKOLLINEN 9 KUUKAUDEN TERVEYSKESKUSKOULUTUSJAKSO HYVÄKSYTTY ERIKOISLÄÄKÄRIKOULUTUKSEEN**

Turussa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Kliininen opettaja Veera Veromaa