

**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