

NEUROANESTESIOLOGIAN ERITYISPÄTEVYYS

Hakemus koskee

- Yllämainittua erityispätevyyttä
- Haen erityispätevyystoimikunnan kannanottoa siitä, mitä lisäkoulutusta minulta edellytetään yllämainitun erityispätevyyden saamiseksi

Hakijan tiedot

Hakijan nimi	
Henkilötunnus	
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	
Puhelin (työ)	
Puhelin (koti tai gsm)	
Sähköpostiosoite	
PERUSTUTKINTO	
Suorittamispäivämäärä	
Yliopisto	
ERIKOISLÄÄKÄRITUTKINTO	
Suorittamispäivämäärä	
Yliopisto	
MUU TUTKINTO	
Suorittamispäivämäärä	
Yliopisto	
MUU PÄTEVYYS	
Mikä ja suorittamispäivämäärä	

Jäsenyydet

- Suomen Lääkäriliiton jäsen
- Suomen Anestesiologiyhdistyksen jäsen
- SAY:n Neuroanestesiologit-alajaoksen jäsen
 - Haluatteko liittyä alajaokseen?

Käytännön anestesiapalvelu

Erityispätevyyden myöntäminen edellyttää kahden vuoden päätoimista palvelua erityispätevyystoimikunnan nimeämässä yksikössä. Neuroanestesiaa on oltava vähintään 50 % (2,5 päivää/viikko). Yksittäisen koulutukseen hyväksyttävän jakson pituuden olisi mielellään oltava vähintään yksi kuukausi. Ulkomainen neuroanestesiologinen palvelu voidaan myös hyväksyä osaksi käytännön palvelua.

Työnantaja ja toimi (käänteisessä kronologisessa järjestyksessä, alkaen nykyisestä työsuhteesta)	Työsuhde alkoi- päättyi	Kesto yhteensä v, kk
Palvelu yhteensä v, kk		

Jatka tarvittaessa erillisessä liitteessä.

Koulutustilaisuus ja paikka	Milloin	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 neuroanestesiologian erityispätevyys.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Hakemus toimitetaan osoitteeseen: Dos Tarja Randell, PL 266, 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