|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| När en vårdcentral inom primärvården i Region Jönköpings län anställer en utbildningsläkare finns möjlighet till ersättning enligt gällande Regelbok för vårdval. För att ersättning ska betalas ut krävs att vårdcentralen har ansökt om fortbildningsuppdrag och att avtal om överenskommelse för ersättning av utbildningsläkare upprättats. Avtalet börjar gälla tidigast från nedan angivna datum för studierektors godkännande. Den kompletterande utbildningen kan tidigast påbörjas det datum som är angivet på Bevis om specialistkompetens.  Ansökan med underskrift av verksamhetschef och studierektor skickas tillsammans med anställningsavtal för utbildningsläkaren samt kopia på Bevis om specialistkompetens till Vårdval Region Jönköping som handlägger ärendet. | | | | | | | | | | |
| **Vårdenhet** | | | | | | | | | | |
| Vårdenhetens namn | | | | | | | Besöksadress | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| Postadress | | | | | | | Datum för ansökan  PA-team | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | Härmed intygas att verksamhetschef kontrollerat med Socialstyrelsen att berörd EU/EES läkare, vid datum för denna ansökan, innehar godkänd Svensk läkarlegitimation och Bevis om specialistläkarkompetens. Kopia på Bevis om specialistläkarkompetens bifogas ansökan. | | | | | | | | |
| **Kontaktperson för ansökan** | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | Telefonnummer | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| E-postadress | | | | | | | Mobiltelefonnummer | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| **Uppgifter om utbildningsläkaren** | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | Personnummer | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| Anställningsdatum | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  |
| **Uppgifter om handledaren** | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | Telefonnummer | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| E-postadress | | | | | | | Mobilnummer | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| Datum för genomförd handledarutbildning i Region Jönköpings läns regi | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Utlåtande av studierektor** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | Godkänns | |  | Godkänns inte | | | | | | |
| Kommentar | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Underskrift | | | | | | Namnförtydligande | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Underskrift av verksamhetschef** | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Underskrift | | | | | Namnförtydligande | | |
|  | | | | |  | | |
| **Underskrift av hälso- och sjukvårdsdirektör** | | | | | | | |
| Datum | Ansökan | | | | | | |
|  |  | Beviljas |  | Avslås | | | |
| Underskrift | | | | | Namnförtydligande | | |
|  | | | | |  | | |
| **Information** | | | | | | |
| Om behov finns kan studierektor begära en ny beskrivning av vårdenhet (RjL5125)  Blankett samt begärda bilagor skickas till:  Region Jönköpings län, Vårdval, Box 1024, 551 11 Jönköping  eller via internpost till:  Regionens hus, Primärvård och rehabilitering | | | | | | |
|  | | | | | |