**MUISTISAIRAUKSIEN ERITYISPÄTEVYYS** 5\_24

**ILMOITTAUTUMINEN PÄTEVÖITYMISOHJELMAAN**

Ilmoittaudun Suomen Lääkäriliiton Muistisairauksien erityispätevyysohjelmaan.

Hakijan tiedot:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hakijan nimi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erikoisala ja erikoislääkärioikeuksien myöntövuosi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nykyinen työpaikka ja paikkakunta, tehtäväni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puhelin, sähköpostiosoite

Pätevyysohjelmaan haettaessa edellytetään erikoislääkärin tutkintoa (geriatria, neurologia, psykiatria, yleislääketiede, työterveyshuolto tai muu soveltuva erikoisala)

\_\_ Olen Suomen Lääkäriliiton jäsen (erityispätevyys myönnetään vain liiton jäsenille)

Päiväys ja hakijan allekirjoitus

Nimen selvennys:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tämä ilmoittautumislomake pyydetään lähettämään skannattuna liitteenä toimikunnan sihteerille osoitteeseen**

**terhi.rantamaki-hakkinen@hus.fi**