



## LÄÄKÄRIKOULUTTAJAN JA HAMMASLÄÄKÄRIKOULUTTAJAN ERITYISPÄTEVYYS

### ILMOITTAUTUMINEN PÄTEVÖITYMISOHJELMAAN

Ilmoittaudun Suomen Lääkäriliiton tai Suomen Hammaslääkäriliiton lääkärikouluttajan erityispätevyysohjelmaan.

#### Hakijan tiedot

\_\_\_\_\_

hakijan nimi

\_\_\_\_\_

henkilötunnus

\_\_\_\_\_

lähiosoite

\_\_\_\_\_

postitoimipaikka

\_\_\_\_\_

puh (työ)

\_\_\_\_\_

matkapuhelin

\_\_\_\_\_

sähköpostiosoite

Pätevyysohjelmaan haettaessa edellytetään pääsääntöisesti erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin tutkintoa. Poikkeuksena voi olla esim. opetusala, jolla ei ole erikoislääkäritutkintoa (tietyt teoreettiset alat). Perustelut, miksi haen, vaikka minulla ei ole erikoislääkärin tutkintoa:

Olen Suomen Lääkäriliiton jäsen (erityispätevyys myönnetään vain liiton jäsenille)

Olen Suomen Hammaslääkäriliiton jäsen (erityispätevyys myönnetään vain liiton jäsenille)

Olen Lääketieteen koulutuksen yhdistyksen jäsen (liittymisohjeet löytyvät yhdistyksen www-sivuilta <https://www.laaketieteenkoulutuksenyhdistys.fi/hae-jaseneksi/> )  
(LKY:n jäsenyyttä ei vaadita pätevyuden hakemisessa)

Olen täyttänyt oheiseen opetusportfolioon pohjakoulutukseni, opetus- ja ohjauskokemukseni ja teoreettiset koulutukset. Lisäksi olen laatinut mentorini \_\_\_\_\_ kanssa suunnitelman pätevyitysohjelmani loppuunsaattamiseksi.

\_\_\_\_\_

Päiväys

\_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus

Mentorin hyväksyntä: \_\_\_\_\_

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

**Tämä ilmoittautumislomake pyydetään lähettämään skannattuna sihteerille osoitteeseen [lky.erityispatevyys@gmail.com](mailto:lky.erityispatevyys@gmail.com)**

Jos skannaus ja sähköinen lähetys ei ole mahdollista, ota yhteys sihteeriin.