**SØKNAD OM GODKJENNING AV KOMPETANSEOMRÅDE I ALDERS- OG SYKEHJEMSMEDISIN**

**Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Spesialistgodkjenning i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Klinisk tjeneste**  *Attesteres på fastsatt skjema*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sted** | **Fra - til** | **Antall** **mndr** | **Timer/****uke** | **Attest****nr** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Sum mndr** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Praktiske ferdigheter** *(Attesteres på fastsatt skjema)* | **Attest nr.** |

**4. Kurs - 80 timer**

 *Alle oppførte kurs skal dokumenteres med bekreftede kopier av kursbevis.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kurstittel** | **Arrangert av** | **Tidsrom** | **Timer** | **Attest** **nr** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Sum timer** |  |  |

**5. Smågruppevirksomhet** *Krav: 60 timer*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gruppenummer**  | **Tidsrom** | **Timer** | **Attest****nr** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Sum timer** |  |  |
|  |
|  |

**6. Praksisbesøk** *Krav: 2 besøk av og 2 besøk hos kollega. Attesteres på fastsatt skjema.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sted** | **Kollega** | **Dato** | **Attest****nr** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\* For kurs/tjeneste gjennomført i Norge, kan kursbevis/attester være bekreftet av personalkontor ved en helseinstitusjon, fylkeslegekontor, kommunelege I e.l. For kurs/tjeneste gjennomført i land utenfor Norge, skal attestene/kursbevisene være bekreftet av notarius publicus eller tilsvarende offentlig myndighet. Dokumentene må være oversatt til skandinavisk eller engelsk av autorisert translatør.*

**Supplerende opplysninger:**

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

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

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

Sted, dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon arb./priv.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Søknad sendes : Den norske legeforening, Postboks 1152, sentrum, 0107 Oslo Tlf. 23 10 90 00 - Telefax: 23 10 91 00

 [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) / legeforeningen@legeforeningen.no