

Blankett gällande godkännande av ersättning för BT- och ST-läkare inom Hälsoval, Region Kalmar län

Fyller i detta i min roll som:

- ☐ Studierektor vid extern medsittning inför BT-ansökan, HSLF-FS 2021:8
- ☐ Studierektor i samband med inför-ST-bedömning, SOSFS 2015:8

Mitt namn: _____ Dagens datum: _____

Namn på sökande till ST/BT: _____

- Söker:
- ☐ ST enligt 2015:8
 - ☐ integrerad BT (med tillhörande ST) enligt 2021:8

Hälsovalsenhet berättigad för ersättning: _____

Blir godkänd för (studierektor fyller i) att:

- ☐ påbörja en ST enligt 2015:8
- ☐ integrerad BT (med tillhörande ST) enligt 2021:8 med startdatum: _____
- ☐ ansöka om BT-plats där ansökan skickas till BT-kollegiet, efter avklarad och godkänd BT kan hemmahörande hälsovalsenhet söka retroaktiv ersättning för maximalt sex månaders tjänstgöring innan BT. Detta under förutsättningen att tjänstgöringen varit under "ST-lika former"

Beslut taget om ersättning

Ersättning godkänt från och med (datum): _____

Namn på handläggare vid Beställarsektionen: _____