**TAOTLUS VARASEMA TÖÖKOGEMUSE ARVESTAMISEKS PEREMEDITSIINI ERIALA RESIDENTUURIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ARST-RESIDENDIST TAOTLEJA ISIKUANDMED** | |
| **Eesnimi** |  |
| **Perekonnanimi** |  |
| **Isikukood** |  |
| **Eriala** | peremeditsiin |
| **Aasta** | Valige üksus. |
| **Telefon** |  |
| **E-post** |  |

**Taotleja kinnitab taotlust esitades selles esitatud andmete ja taotlusele lisatud dokumentide õigsust**.

|  |
| --- |
| **1. PRAKTILISE KOOLITUSE TSÜKLID, MILLE ARVESTAMIST VARASEMA TÖÖKOGEMUSE ALUSEL TAOTLETAKSE** |

Soovin peremeditsiini residentuuri programmi praktilise koolituse osana arvestada varasemat töökogemust järgmiste praktilise koolituse tsüklite puhul:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tsükli nimetus** | **Maht kuudes** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | KOKKU: |

|  |
| --- |
| **2. VARASEM TÖÖKOGEMUS** |

**2.1. Töökogemuse kokkuvõte**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Töösuhte algus ja lõpp** | **Töökoormus** | **Amet** | **Asutus ja töötamise riik** | **Maht kuudes** *(arvestatuna täistööajas)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | KOKKU: |

**2.2. Töökogemuse kirjeldus**

|  |  |
| --- | --- |
| **Töökogemuse kirjeldus** | |
| **Asutuse nimetus** *(originaal-, eesti ja inglise keeles)* **ja töötamise riik:** |  |
| **Asutuse kontaktandmed:** |  |
| **Varasema töökogemuse vahetu juht (nimi ja telefoninumber), komisjon jätab endale õiguse võtta isikuga vajadusel ühendust.** |  |
| **Töösuhte algus ja lõpp** *(kuupäev ja aasta)* **ja koormus:** |  |
| **Amet:** |  |
| **Tööülesanded:**  *(kirjeldage oma ülesandeid ja kohustusi, mida täitsite antud ametikohal)* |  |
| **Töökogemusest/ iseseisvalt omandatud oskused ja pädevused:**  *(analüüsige, mida te olete kogemusest õppinud ja selle seost õppekavaga)* |  |

*Mitme töökoha või ühiskondliku organisatsiooni kirjeldamisel esitage iga asutuse või organisatsiooni kõik andmed.*

*Vajadusel pikendage lahtreid või lisage analüüs eraldi lehel.*

**Taotluse lisa(d):** taotluse aluseks olevat töökogemust tõendavad dokumendid

**Kuupäev:**

**Arst-residendi allkiri:** *allkirjastatud* *digitaalselt*