



Terveystieteiden tiedekunta
Lääketieteen laitos

Sivu 1 (2)

KOULUTTAJAOIKEUKSIEN HAKIJA

Nimi _____

Osoitetiedot _____

Puhelin ja sähköposti _____

Erikoislääkäritutkintopvm _____

Erikoistumisohjelma _____

Kouluttajana toimimista edistävä ja pedagoginen koulutus

Aikaisempi toiminta kouluttajana/tuutorina

Kouluttajan tehtävänä on:

- vastata yliopiston hyväksymän opinto-ohjelman toteutumisesta sekä toimipaikkakoulutuksen koordinoinnista yliopiston hyväksymässä koulutuspaikassa
- antaa erikoistuvalla lääkärille henkilökohtaista ohjausta vähintään 2 tuntia/vko yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesti
- tukea erikoistujaa henkilökohtaisen opintosuunnitelman teossa ja sen toteutuksessa
- tehdä vähintään 2 kertaa vuodessa opintojen edistymisen arviointi yhdessä erikoistujan kanssa
- pitää yllä erikoislääkärin ammattitaitoa osallistumalla ammatilliseen täydennyskoulutukseen
- pitää yllä kouluttajan valmiuksia osallistumalla yliopiston järjestämään pedagogiseen ja muuhun kouluttajakoulutukseen säännöllisesti

KOULUTTAJAOIKEUDET TARKISTETAAN KOULUTTAJAN JA YLIOPISTON ERIKOISTUMIS-OHJELMAN YHTEISTYÖNÄ 3 VUODEN VÄLEIN!

Kouluttajana sitoudun noudattamaan edellä mainittuja kouluttajan tehtäviä, koulutuspaikkana toimivan yksikön koulutuspaikkasopimuksen ehtoja ja voimassa olevia _____ koulutusohjelman erikoislääkärikoulutussäännöksiä ja -ohjeita.

Pyydän, että minut hyväksytään kouluttajaksi _____ erikoislääkärin koulutusohjelmaan.

_____/____/20____

Hakijan allekirjoitus

LIITTEET: ansioluettelo, kopio eri-tutkintotodistuksesta, TEOn/Valviran laillistustodistus oikeudesta harjoittaa erikoislääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä _____ erikoisalalla



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

KOULUTTAJAHAKEMUS
Erikoislääkärikoulutus

Terveystieteiden tiedekunta
Lääketieteen laitos

Sivu 1 (2)

TYÖNANTAJAN SUOSTUMUS

Erikoistuvan kouluttajana toimiva lääkäri voi osallistua yliopiston järjestämiin ohjaajakoulutuksiin kahden (2) päivän ajan kunkin lukuvuoden aikana.

Päiväys ja allekirjoitus

____ / ____ 20____

Koulutuspaikan vastaava lääkäri (nimenselvennös)

HYVÄKSYMINEN

Hakijalle, _____lle myönnetään oikeus toimia yliopiston
hyväksymänä kouluttajana _____
erikoislääkäriin koulutusohjelmassa.

____ / ____ 20____

Koulutusohjelman vastuhenkilö (nimenselvennös)

Hakemus lähetetään osoitteella:

Professori Pekka Mäntyselkä
Itä-Suomen yliopisto
Kansanterv. ja kl.ravitsemustiede
Perusterveydenhuolto
PL 1627
70211 Kuopio

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO
Kuopion kampus
Yliopistonranta 1 A, PL 1627
70211 KUOPIO
sähköposti: etunimi.sukunimi@uef.fi

Puh. 0207 872 211 (vaihde)
Faksi: 017 162 968