



## 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 lääkäriä 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 erikoislääkäriä 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 \_\_\_\_\_ erikoislääkäriä koulutusohjelmaan.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hakijan allekirjoitus

**LIITTEET:** ansioluettelo, kopio eri-tutkintotodistuksesta, TEOn/Valviran laillistustodistus oikeudesta harjoittaa erikoislääkäriä ammattia laillistettuna ammattihenkilönä \_\_\_\_\_ erikoisalalla



## **HYVÄKSYMINEN**

Hakijalle, \_\_\_\_\_lle myönnetään oikeus toimia yliopiston  
hyväksymänä kouluttajana \_\_\_\_\_  
erikoislääkärin koulutusohjelmassa.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Koulutusohjelman vastuhenkilö (nimenselvennös)

Tämä sopimus on laadittu kahtena alkuperäisenä kappaleena, yksi kummallekin sopijapuolelle.

Laitos/klinikka toimittaa kopion allekirjoitetusta sopimuksesta osoitteella:

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tdk/Lääketieteen laitos, Opintohallinnon päällikkö, PL 1627, 70211 Kuopio  
tai spositse: [erikoislaakarikoulutus@uef.fi](mailto:erikoislaakarikoulutus@uef.fi)