

Attest fra arbeidsgiver ved søknad om autorisasjon som ortoptist

Dette skjemaet skal fylles ut av arbeidsgiver. Dersom yrkeserfaringen omfatter flere tilsettingsforhold, skal hver arbeidsgiver fylle ut eget skjema. Alle punkter i dette skjemaet må fylles ut. Ytterligere opplysninger kan gis nederst på denne siden – eller på baksiden, med stempel og signatur.

Dette attestskjemaet er et vedlegg til “Søknadsskjema for autorisasjon og lisens som helsepersonell”, og skal brukes av søkere som omfattes av forskrift 21.12.2000 nr. 1376 om overgangsordning for autorisasjon og lisens til yrkesutøvere i nye regulerte helsepersonellgrupper, jf. også Helsetilsynets rundskriv IK-5/2001.

Virksomhetens navn: _____

Ansattes navn: _____ Fødselsdato: _____

Ansatt fra-til: _____ Permisjoner/fravær (> 30 dager): _____

Faglig overordnet (navn): _____

Stillingsbrøk i %: _____

Som faglig overordnet erklærer jeg med dette at den ansatte i sitt tilsettingsforhold utelukkende eller i det vesentlige har utøvet yrket som ortoptist, at ovenstående opplysninger om søkerens yrkeserfaring er korrekte, og at jeg ikke er kjent med forhold som gjør søkeren uegnet som ortoptist, jf. helsepersonelloven §§ 53 og 57 (se rundskriv IK-5/2001).

Sted _____ Dato _____

Navn med blokkbokstaver, signatur, tittel, og stempel:
