

**SØKNAD OM AUTORISASJON SOM FYSIOTERAPEUT
(etter fullført turnustjeneste)**

Til
Statens autorisasjonskontor for
helsepersonell
Postboks 8053 Dep.
0031 OSLO

For SAFH

Etternavn:.....

Fornavn og mellomnavn:.....

Fødselsnummer (11 siffer).....

Gateadresse:.....

Postnr. og poststed:.....

Land:.....

Statsborgerskap:..... Kjønn:.....

E-postadresse:..... Tlf.:.....

Evt. annen informasjon:

BEVITNELSE PÅ GJENNOMFØRT TURNUSTJENESTE - FYSIOTERAPEUT

Skjema skal fylles ut av veileder på det aktuelle turnusstedet og sendes til SAFH i original med underskrift og stempel fra turnusstedene. Skjemaet må ikke sendes inn til SAFH før hele turnusperioden på 12 måneder er fullført.

KOMMUNEHELSESTJENESTE

Navn på turnuskandidat:født:/...../.....

har utført turnustjeneste ved:

i samsvar med gjeldende bestemmelser, fra dato:/...../..... til dato:/...../.....

Fravær	Periode (dato)	Antall dager
Ferie		
Sykdom		
Annet fravær		
Turnuskurs i regi av Fylkesmannen		
Totalt fravær (Turnuskurs og Turnusseminar skal ikke medregnes som fravær i løpet av turnustjenesten)		

Bekreftet av:

Ansvarlig leder: dato:...../...../.....
Underskrift og institusjonens stempel

Veileder: dato:...../...../.....
Underskrift og institusjonens stempel

HELSEINSTITUSJON

Navn på turnuskandidat:født:/...../.....

har utført turnustjeneste ved:

i samsvar med gjeldende bestemmelser, fra dato:/...../..... til dato:/...../.....

Fravær	Periode (dato)	Antall dager
Ferie		
Sykdom		
Annet fravær		
Turnuskurs i regi av Fylkesmannen		
Totalt fravær (Turnuskurs og Turnusseminar skal ikke medregnes som fravær i løpet av turnustjenesten)		

Bekreftet av:

Ansvarlig leder: dato:...../...../.....
Underskrift og institusjonens stempel

Veileder: dato:...../...../.....
Underskrift og institusjonens stempel