

Bestätigung der mind. 2-jährigen klinischen Tätigkeit und aktiven Integration im Traumadienst zur Erteilung des Schwerpunktes «Spezialisierte Traumatologie» nach Übergangsbestimmungen des Weiterbildungsprogramms (Ziffer 10.6 WBP, Privilegierte Beurteilung, für Chirurginnen oder Chirurgen)

Personalien

Titel: _____
Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Heimatort / Nationalität: _____
Facharzttitel: _____
Funktion beim Arbeitgeber: _____

Erklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben aufgeführte Person nach Erhalt des Facharztes mindestens 2 Jahre wie folgt klinisch tätig und aktiv im Traumadienst integriert war:

Dauer von/bis (bitte genaues Datum angeben):

Name und Adresse der Weiterbildungsstätte:

Kategorie der Weiterbildungsstätte:

Arbeitspensum _____ % klinisch

Arbeitspensum _____ % nicht klinisch (Forschung)

Absenzen

Krankheit/Unfall:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Bezahlter Mutterschaftsurlaub:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Bezahlter Vaterschaftsurlaub:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Militärdienst:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Unbezahlter Urlaub:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Andere: _____	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____

Ort, Datum _____

Unterschrift/Stempel Leiter/in Weiterbildungsstätte

