

## Studierektors godkännande för placering av ST-läkare

ST-läkare \_\_\_\_\_

Vårdcentral \_\_\_\_\_

Anställd som ST läkare från datum \_\_\_\_\_

Handledare \_\_\_\_\_

Tidigare tjänstgöring som ST läkare inom allmänmedicin som tillgodoräknas, ange antal månader (mellan 0 – 59 månader) \_\_\_\_\_

Ansvarig studierektor \_\_\_\_\_

Undertecknad godkänner ovanstående verksamhet och handledare att genomföra ST-placering enligt Vårdvalets Uppdragsbeskrivning.

\_\_\_\_\_  
Ort och Datum

\_\_\_\_\_  
Ansvarig Studierektor  
FoU Halland  
Regionkontoret

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Studierektors godkännande ska bifogas och skickas in samtidigt med påskrivet ST-avtal och anställningsbevis för ST-läkaren till diariet.

Region Halland  
Diariet Regionkontoret  
Box 517  
301 80 Halmstad

Utbetalning av ersättning påbörjas när samtliga dokument skickats in.