

Till
**Socialstyrelsen
106 30 STOCKHOLM**

Specialitet som ansökan avser

Sökande

Efternamn		Förnamn	
Personnummer		Utdelningsadress	
Postnummer	Postort	Telefon bostaden (inkl. riktnummer)	
Mobiltelefon		E-postadress	
Arbetsplats		Telefon arbetet (inkl. riktnummer)	

Utbildning**Läkarexamen**

Land	Datum (ååmmdd)
------	----------------

Legitimation/motsvarande bevis om behörighet

Land	Datum (ååmmdd)
Land	Datum (ååmmdd)
Land	Datum (ååmmdd)

Har sedan tidigare bevis om specialistkompetens

Specialitet	
Land	Datum (ååmmdd)
Specialitet	
Land	Datum (ååmmdd)
Specialitet	
Land	Datum (ååmmdd)

Tjänsteförteckning

Redovisning av genomförd tjänstgöring under handledning

Tjänstgöringsställe (Sjukhus, klinik, enhet eller annan specificering)	Period (ååmmdd – ååmmdd)	Tjänstgöringens omfattning i pro- cent av heltid	Tjänstgöringens omfattning om- räknad till måna- der på heltid
Summa			

HSLF-FS 2018:21 Bilaga 1 (2018-04)

Förteckning över bifogade intyg (7 kap. 2 och 3 §§ och 5 § första stycket)

Uppnådd specialistkompetens (SOSFS-bilaga 2)

Bilaga nr

Auskultationer (SOSFS-bilaga 3)

Bilaga nr

Kliniska tjänstgöringar under handledning (SOSFS-bilaga 4)

Bilaga nr

Kurser (SOSFS-bilaga 5)

Bilaga nr

Kvalitets- och utvecklingsarbeten (SOSFS-bilaga 6)

Bilaga nr

Självständiga skriftliga arbeten enligt vetenskapliga principer (SOSFS-bilaga 7)

Bilaga nr

Uppfyllda kompetenskrav för specialtläkare från tredjeland (SOSFS-bilagor 8a och 8b)

Bilaga nr

Förteckning över övriga handlingar (7 kap. 4 § och 5 § andra stycket)

Godkänd svensk doktorsexamen

Bilaga nr

Bedömning av utländsk doktorsexamen

Bilaga nr

Intyg om utländsk tjänstgöring

Bilaga nr

Individuellt utbildningsprogram (endast specialtläkare från tredjeland)

Bilaga nr

Avgift

Enligt 11 § avgiftsförordningen (1992:191) ska avgiften betalas när ansökan ges in.

Avgiften betald (ååmmdd)

Underskrift

Ort och datum	Sökandens namnteckning
---------------	------------------------