**Jag önskar anmäla mitt intresse för ST eller integrerad BT/ST Allmänmedicin i Region Västmanland**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Namn |  |
| Personnummer: |  |
| Mobilnummer: |  |
| E-postadress: |  |
| Bostadsadress: |  |
| Utbildningsort och datum för läkarexamen |  |
| Datum för läkarlegitimation: |  |
| Genomgången AT eller BT? Var i så fall? |  |
| Datum för AT-tenta (i förekommande fall) |  |
| Möjligt startdatum för ST eller BT/ST efter legitimation? |  |
| Anknytning till Västmanland? |  |
| Samtycke till att ev. lämna dina kontaktuppgifter till vårdcentralchefer som önskar anställa ST? | Ja Nej |

|  |
| --- |
| Önskemål om vårdcentraler, gärna i turordning. Önskemål om tjänstgöringsort? |
|  |
| Redan kontakt med intresserad vårdcentral? |
|  |
| Tidigare tjänstgöringar: |
|  |
| Tjänstgöring som du önskar tillgodoräkna dig i ST: |
|  |
| Ev. referenser i Västmanland: |
|  |
| Referenser utanför Västmanland: |
|  |

**Underlag, uppgifter om ST läkare** vid ev. anställning på Vårdcentral  
*(OBS! fylls i av ST- enheten)*

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| HSA -ID: |  |
| **Önskar anställning på:** | |
| Vårdcentral: |  |
| Verksamhetschef: |  |
| Handledare på VC: |  |
| Start ST eller BT/ST |  |
| Tjänstegrad: |  |
| Målbeskrivning: |  |
| Studierektor: |  |
| Datum för godkännandemejl: |  |
| Genomgång hemsida och allmän information om ST |  |
| Datum för och information om Startseminarium: |  |
| Övrig information? |  |