

## Skema til oversigt over tandlægelig beskæftigelse

Navn	<input type="text"/>	AutorisationsID	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Specialenavn:	<input type="text"/>		

Udfyld og medsend nedenstående skema sammen med den krævede dokumentation til Styrelsen for Patientsikkerhed, Islands Brygge 67, 2300 København S.

Skemaet udfyldes som følgende:

- Kronologisk opstilling af alle ansættelser fra første introduktionsforløb til gennemført hoveduddannelse:
  - For ansættelser, der indgår som led i introduktions- eller hoveduddannelsen, anføres
    - Perioder med deltidsansættelse (med anførelse af ugentligt timetal)
    - Perioder med orlov, længere sygeperioder og graviditetsorlov
    - Evt. meritoverførte stillinger

Med indsendelsen af oversigten bekræfter du, at du ikke har haft sygefravær mv. der overstiger 10 % af ansættelsestiden i det enkelte uddannelseselement i introduktions- eller hoveduddannelsen.

Ifølge straffelovens § 163 er det strafbart i retsforhold, der vedkommer det offentlige, skriftligt at afgive urigtig erklæring

	Ansættelsessted	Afdeling	Tiltrådt: Dato dd.mm.åååå	Fratrådt: Dato dd.mm.åååå	Antal mdr.
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dato

Underskrift