Svenska Läkaresällskapet

Ansökan om godkänd svensk certifiering till Svenska Läkaresällskapet inom fördjupningsområde bröstradiologi

Sökande är medlem i Svensk förening för bröstradiologi samt i Svenska Läkaresällskapet ☐

Efternamn	Förnamn
Personnummer	Utdelningsadress
Postnummer	Postort
Telefon (privat)	E-postadress

Utbildning/Tjänstgöring

Läkarexamen (land)	Datum
Legitimation (Sverige)	Datum
Legitimation (land)	Datum
Specialitet/specialistbevis (Sverige)	Datum
Specialitet/specialistbevis (land)	Datum

Till ansökan bifogas vidimerade kopior av svensk legitimation och svenskt specialistbevis.

Europeisk subspecialitet (sökanden som redan är certifierade enligt europeisk förening)

Subspecialitet	Datum
Subspecialitet	Datum

Till ansökan bifogas vidimerade kopior.

Tjänstgöringsintyg (krävs ej för sökande med europeisk certifiering)

Tjänstgöringsställe Klinik/enhet och sjukhus	Period (ååmmdd-ååmmdd)	Tjänstgöringens omfattning med relevans för certifiering i procent av heltid	Tjänstgöringens omfattning omräknat till månaders heltidstjänstgöring

Till ansökan bifogas kompetensintygande från verksamhetschef, se blankett "Kompetensintyg" (krävs ej för sökande med europeisk certifiering) samt CV.

Sökandes underskrift

Namnteckning	Datum

Information om hur dina personuppgifter hanteras; https://slf.se/sfmr/delforeningarnas-behandling-av-personuppgifter/ och www.sls.se/utbildning/certifiering/GDPR