

**ANSÖKAN om uppehåll i etablering
- läkare/fysioterapeuter**
VÅRDGIVARE

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)
E-mail	
Mottagningens namn	
Mottagningens adress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefonnummer (även riktnr)

HINDER FÖR ATT DRIVA VERKSAMHET – handling som styrker frånvaron bifogas (vid tjänstledighet skall anledning anges)

--

OMFATTNING

Upphållet avser tiden fr. o m — t o m (vid sjukdom m m kan denna uppgift lämnas senare)	Ange omfattning i %
---	---------------------

Begränsningen enligt 8§ - 9§ Lag om läkarvårdsersättning (1993:1651) alternativt 8§ - 9§ Lag om ersättning för fysioterapi (1993:1652) avseende anledning till uppehåll skall vara tillämplig.

☐ Härmed intygas att jag på grund av ovan angivet skäl inte kommer att vara verksam i läkar-/fysioterapimottagningen.

☐ Härmed intygas att jag på grund av ovan angivet skäl kommer att vara verksam i läkar-/fysioterapimottagningen i reducerad omfattning, nämligen:

☐ Jag avser ansöka om vikarie under min bortavaro (särskild blankett används för detta, kan skickas separat senare)

.....
(Datum)

.....
(vårdgivarens namnteckning)

Region Kronobergs beslut

☐ Ansökan enligt ovan bifalls	☐ Ansökan bifalls för tiden	fr. o m — t o m	Omfattning	%
Motivering				
☐ Ansökan avslås				
.....				
Datum	Region Kronobergs stämpel och underskrift		Ankomstdatum	

Insändes till Region Kronoberg, Kundvalsenheten, 351 85 Växjö senast två veckor innan uppehållet påbörjas.