

VIKARIATSGIVARE

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

HINDER FÖR ATT DRIVA VERKSAMHET – handling som styrker frånvaron bifogas

Omfattningen av din ledighet angiven i procent ☐ 75% ☐ 50% ☐ 25% ☐ %	
--	--

OMFATTNING - Tid som vikariatet avser (högst 1 år i taget)

Fr o m	T o m	Vikariatet avser _____ tim/vecka	Vikaries tjänstgöring förläggs på ☐ Må ☐ Ti ☐ On ☐ To ☐ Fr
--------	-------	-------------------------------------	--

Härmed intygas att jag på grund av ovan angivet skäl inte kommer att vara verksam enligt lag om läkarvårdsersättning/ ersättning för fysioterapi i ovanstående omfattning. Jag är införstådd med att vikarie ersätter mig vid min frånvaro och att det därför inte är tillåtet att båda arbetar samma dag eller parallellt, samt att ersättning som utbetalats på felaktiga grunder kan komma att återkrävas. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatsgivarens och anlitade vikaries sammanlagda verksamhet.

.....

Datum

.....

Vikariatsgivarens namnteckning

VIKARIATSTAGARE

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (år, mån, dag, nr)
Utdelningsadress		Postnummer och postort
Telefonnummer	E-mailadress	
Legitimation år	Specialkompetens och år (gäller endast läkare)	☐ Legitimation bifogas ☐ Specialistkompetensbevis bifogas ☐ Bevis är inlämnade sedan tidigare
☐ Vikarien har för avsikt att inkomma med kompetensbevis för bedömning av rätten till Särskilt Arvode (gäller endast fysioterapeut)		
Tidigare anställning i offentligt finansierad vård (gäller endast fysioterapeut)		
Antal år / månader:		☐ Enligt bifogad redovisning ☐ Enligt tidigare inlämnad
Anställning hos offentlig sjukvårds- Huvudman ☐ Ja ☐ Nej	Region/motsv.	☐ Tjänstledighetsbevis bifogas

Med offentlig sjukvårdshuvudman jämställs juridisk person som sjukvårdshuvudmannen har ett rättsligt bestämmande inflytande i.

Härmed intygas att jag kommer att vara verksam i läkar/sjukgymnastmottagningen endast under den tid vikariatsgivaren är förhindrad att arbeta i mottagningen samt att jag åtar mig att följa bestämmelserna i lagen om läkarvårdsersättning/ersättning för sjukgymnastik samt landstingets riktlinjer och anvisningar. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatsgivarens och anlitade vikaries sammanlagda verksamhet.

.....

Datum

.....

(Vikariatstagarens namnteckning)

REGION KRONOBERGS BESLUT

☐ Ansökan enligt ovan bifalls		☐ Ansökan bifalls för tiden	
☐ Ansökan avslås	Motivering		
Datum	Region Kronobergs stämpel och underskrift		Ankomstdatum

Insändes till Region Kronoberg, Kundvalsenheten, 351 85 Växjö, senast en månad innan vikariatet påbörjas.