

Gesuchformular Praxisassistenz Kanton Solothurn

Praxis:

Name und Adresse

Lehrärztin / Lehrarzt:

Name

FMH Titel

Tel. Nr. / Mobile Nr.

E-Mail

Praxisassistent/in:

Name

Adresse

Ausbildungsziel

Tel. Nr. / Mobile Nr.

E-Mail

Curriculum

Bitte nennen Sie hier die wichtigsten Stationen Ihres Lebenslaufs:

Dauer und Pensum der Praxisassistenz

Bitte geben Sie den Grund an, falls Sie ein reduziertes Pensum beantragen.

Zielvereinbarung

Bitte geben Sie hier das zu erreichende Ziel der Praxisassistenz an.

- Ich bestätige, dass bisher noch keine Praxisassistenz in einer Arztpraxis absolviert wurde, welche ein Kanton oder eine andere öffentliche Institution (mit-)finanzierte

Das Gesuchformular wird durch die PGP genehmigt und ist integrierender Bestandteil des Projektes Praxisassistenz und des Vertragswerkes Praxisassistenz der Solothurner Spitäler AG soH.

Ort und Datum:

Bitte das **Gesuchformular** und die **Ausweise** (Arztdiplom, Dissertationsbestätigung, FMH-Protokolle, Arbeitszeugnisse, etc.) elektronisch senden an:

Lara Allemann
Administration Praxisassistenten
Solothurner Spitäler AG
Schlössliweg 6
4500 Solothurn
Tel. 032 627 47 05
lara.allemann@spital.so.ch