

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

[Formular absenden](#)