

Gesuchformular Praxisassistenz Kanton Solothurn

Praxis:

Name

Adresse

Lehrärzt:in

Name

FMH Titel

Tel. Nr. / Mobile Nr.

E-Mail

Praxisassistent:in

Name

Adresse

Ausbildungsziel

Tel. Nr. / Mobile Nr.

E-Mail

Dauer und Pensum der Praxisassistenz:

Zeitraum

Pensum

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

Zielvereinbarung

Bitte geben Sie hier die Ziele an, welche Sie mit der Praxisassistenz erreichen möchten.

- Ich bestätige, dass bisher noch keine Praxisassistenz in einer Arztpraxis absolviert wurde, welche ein Kanton oder eine andere öffentliche Institution (mit-)finanzierte
- Ich bestätige, dass die Praxisassistenz mit der in diesem Formular genannten Lehrärzt:in abgesprochen ist.

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** (CV, Motivationsschreiben, Arztdiplom, Dissertationsbestätigung, FMH-Protokolle, Arbeitszeugnisse, etc.) elektronisch senden an:

lara.allemann@spital.so.ch

Kontaktangaben für Fragen:

Solothurner Spitäler AG

Lara Allemann

Schlössliweg 6

4500 Solothurn

Tel. 032 627 47 05

lara.allemann@spital.so.ch