

Kursansökan AT-läkare SkaS

Namn:		Personnummer:
Placering:	Sjukhus:	

Externa utbildningsdagar under AT		
Fr o m	T o m	Antal arbetsdagar
Kurs-/konferensbenämning (kursprogram/inbjudan ska bifogas!)		Kursort:
Ansöker även ersättning för: (ange uppskattat belopp i kronor):		
Resekostnader:	Kursavgift:	Logikostnader:
Kr	Kr	Kr
Godkännande av frånvaro från schemaläggare/ansvarig		
<input type="checkbox"/> Ledigheten godkänns av schemaläggare/ansvarig		<input type="checkbox"/> Ledigheten avstyrks av schemaläggare/ansvarig
Datum och namnteckning		

Beslut av SRV			
<input type="checkbox"/> Ledigheten beviljas enligt ovan		<input type="checkbox"/> Ledigheten avstyrks enligt ovan	
Förmåner, debiteras din utbildningspott (ansvar 21060, objekt 8834)			
<input type="checkbox"/> Reseersättning	<input type="checkbox"/> Kursavgift	<input type="checkbox"/> Logi	<input type="checkbox"/> Utbildningsdag(ar)
Underskrift av SRV			
Datum och namnteckning			

OBS! - Ansökan giltig först efter attest/godkännande från både schemaläggare och SRV!