**Vårdval fysioterapi ansökan om nyanställning**

**UPPGIFTER OM ARBETSGIVARE**

|  |
| --- |
| Vårdgivare: |

**UPPGIFTER OM ARBETSTAGARE**

|  |
| --- |
| Namn: |
|
| Personnummer: |
| Startdatum:  | Tjänstgöringsgrad %: |

[ ] Ansöker om 20% sänkt prestationskrav för nyutbildad fysioterapeut det första året efter examensdatumet

……………………………………………………………………………………………….

Datum Datum

……………………………………………………………………………………………….

Arbetsgivarens namnteckning Arbetstagarens namnteckning

**CV samt kopia av legitimation och ev. övriga intyg ska bifogas**

**Ansökan skickas till:**

vardval.fysioterapi@regionvarmland.se

Ofullständigt ifyllda ansökningar/ utan efterfrågade handlingar kommer att återsändas till arbetsgivaren för komplettering

**ANSÖKAN SKA SKICKAS SENAST 4 VECKOR FÖRE ANSTÄLLNINGENS BÖRJAN**

Vid semesterperioder såsom sommar, jul och nyår behövs längre framförhållning