**Vårdval fysioterapi ansökan om nyanställning**

**UPPGIFTER OM ARBETSGIVARE**

|  |
| --- |
| Vårdgivare: |
| Verksamhetschef: |

**UPPGIFTER OM ARBETSTAGARE**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Datum |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Verksamhetschefens namnteckning |  | Arbetstagarens namnteckning |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansökan skickas till:**  Vårdvalsenheten  Region Värmland  Rosenborgsgatan 50  651 82 Karlstad  Eller[vardval@regionvarmland.se](mailto:vardval@regionvarmland.se) | **Vid frågor kontakta Vårdvalenheten:**  [vardval@regionvarmland.se](mailto:vardval@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