**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:** VårdvalsenhetenRegion VärmlandRosenborgsgatan 50651 82 KarlstadEllervardval@regionvarmland.se | **Vid frågor kontakta Vårdvalenheten:**vardval@regionvarmland.seOfullständigt 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