ANSÖKAN TILL ALLMÄNTJÄNSTGÖRING (AT) LÄKARE

Datum

.....

Separat ansökan till respektive sjukhus
(se adress nedan)

Önskemål om AT-start (datum)

Kursort samt tid för läkarexamen

Kursort	Läkarexamen/Beräknar avlägga läkarexamen (datum)

Tjänstemeriter som läkare (underläkarvikariat, amanuenstjänstgöring, eller motsvarande)

Befattning	Arbetsgivare	Anställningstid Tid för tjänstgöring fr.o.m. – t.o.m.	Bilaga nr.

Personuppgifter

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)	Förnamn och efternamn
Gatuadress	Telefon
Postnummer, Ort	
E-postadress	

OBS: Spara alltid ned ifylld blankett till egen dator innan den bifogas till mailet!

Ansökan mailas till:

För AT i Hudiksvall: ansokan.athudiksvall@regiongavleborg.se
För AT i Gävle: ansokan.atgavle@regiongavleborg.se
För AT i Bollnäs: ansokan.atbollnas@regiongavleborg.se