

Ansökan om tillfälligt vikariat – läkare/fysioterapeut**VIKARIATSGIVARE**

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Av regionen tilldelad vårdgivarkod	Telefon	E-postadress
Adress		Postnummer, ort

**HINDER FÖR ATT DRIVA VERKSAMHETEN –
Handling som styrker frånvaron ska bifogas**

Förestående ålderspensionering	Sjukdom
Politiskt/fackligt uppdrag	Semester
Forskning/vidareutbildning	Föräldraledighet, barnets personnummer:
Vilande etablering	_____

OMFATTNING

Från och med	Till och med	Vikariatet avser:		
		Heltid	Deltid	tim/vecka

Ort och Datum_____
Vikariatsgivarens namnteckning**VIKARIATSTAGARE**

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Adress		Postnummer, ort
Telefon	E-postadress	
Legitimation år	Specialistkompetens och år (gäller endast läkare)	

Ort och Datum_____
Vikariatstagarens namnteckning**Regionkontoret**

Storgatan 27 | Box 602 | 751 25 Uppsala | tfn vx 018-611 00 00 | fax 018-611 60 10 | org nr 232100-0024

www.regionuppsala.se

Ansökan bifalls	Från och med - Till och med	Omfattning %
Ansökan avslås	Motivering till avslag	
Datum	Ansvarig utredares underskrift	

VILLKOR för tillfälligt vikariat – läkare/fysioterapeut**Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), 10§**

Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare som har samma specialitet eller en annan specialitet inom samma grupp av specialiteter och som uppfyller villkoren enligt 7 och 9 §§ för läkarvårdsersättning vikariera under frånvaron.

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOS), 10§

Om en fysioterapeut är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl, får en annan legitimerad fysioterapeut vikariera under frånvaron.

För mer information, se respektive lag och förordning.

Ifylld och signerad blankett skickas till stab.hsa@regionuppsala.se eller
Regionkontoret
Vårduppdragsenheten
Storgatan 27
753 31 Uppsala