Ärztekammer für Tirol

Abteilung Kurie ang. Ärzte

Anichstraße 7

6020 Innsbruck

**Bestätigung**

**Lehrpraktikant/in**:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Email-Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |

Ich bestätige mit meiner eigenhändigen Unterschrift, dass:

* ich über die Berechtigung der unselbständigen Berufsausübung als Turnusarzt verfüge,
* ich mich in der Hauptfachausbildung nach ÄAO 2006 oder in der ÄAO 2015 in der Phase der Sonderfachschwerpunktausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde befinde,
* ich mit meinem Hauptwohnsitz in Tirol gemeldet bin,
* ich bisher keine Förderungen bezogen habe.

Ebenso erkläre ich mit meiner eigenhändigen Unterschrift gem. § 6 Abs 1 der Lehrpraxisfördervereinbarung für Tirol, dass es mein Berufsziel ist, die niedergelassene Tätigkeit im Rahmen eines Kassenvertrags für Kinder- und Jugendheilkunde in Tirol aufzunehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort: |  |
| Datum: |  |
| Unterschrift: |  |