**Koulutuspaikkasopimuksen muutos**

**Työterveyshuollon erikoislääkärin tutkintoon johtava koulutusohjelma**

Tällä lomakkeella ilmoitetaan koulutustoimintaan vaikuttamattomat muutokset, kuten yksittäisten nimien ja osoitteiden muutokset. Laajemmat koulutukseen vaikuttavat muutokset yliopisto ja koulutuspaikkakäsittelevät koulutuspaikkasopimuksen tarkistamisella.

**Muutos koskee koulutuspaikkasopimusta, jonka osapuolia ovat**

**Yliopisto: Tampereen yliopisto, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta**

**Koulutuspaikka:**

**Muutos koskee**

**[ ]  1. koulutuspaikan tietoja**

**[ ]  2. kouluttajatietoja**

**[ ]  3. muuta sopimuksessa mainittua asiaa**

**1. Koulutuspaikan tietojen muutokset**

|  |  |
| --- | --- |
| **Koulutuspaikan nimi: uusi, mistä alkaen (pvm)/(aik.nimi)** | Puh nro  -      |
| S-posti      |
| Postiosoite      | Postinumero      | Paikkakunta      |
| **Toimipiste ja sen osoite: uusi, mistä alkaen (pvm)** | Puh nro  -      |
| **Toimipiste ja sen osoite: uusi, mistä alkaen (pvm)** | Puh nro  -      |
| **Koulutuspaikan edustaja: uusi, mistä alkaen**Nimi     Asema organisaatiossa      | Puh nro  -      |  |
| S-posti      |

**Seuraavissa toimipisteissä ei enää toteuteta erikoislääkärikoulutusta:**

**Toimipiste ja sen osoite: ajankohta, josta alkaen ei enää erikoislääkärikoulutusta:**

**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

**2. Kouluttajatietojen muutokset ja uusien kouluttajien sitoutuminen**

**Uudet, koulutuspaikan henkilökuntaan kuuluvat kouluttajat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kouluttajan nimi: uusi, \_\_/\_\_ 20\_\_ alkaen     Toimipiste ja sen osoite      | Puh nro  -      | Kouluttajaksi hyväksymispvm  -      |
| S-posti      |
| Kouluttajan nimiuusi, \_\_/\_\_ 20\_\_ alkaen     Toimipiste ja sen osoite      | Puh nro  -      | Kouluttajaksi hyväksymispvm  -      |
| S-posti      |

**Uudet, koulutuspaikan ulkopuoliset kouluttajat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kouluttajan nimiuusi, \_\_/\_\_ 20\_\_ alkaen     Toimipiste ja sen osoite      | Puh nro  -      | Kouluttajaksi hyväksymispvm  -      |
| S-posti      |
| Selvitys koulutuspaikan ulkopuolisen kouluttajan vastuulla olevan erikoistumiskoulutuksen järjestelyistä tulee olla liitteenä. |

**Uusien kouluttajien sitoutuminen:**

**Sitoudumme osaltamme noudattamaan koulutuspaikkasopimuksen ehtoja.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Allekirjoitukset ja nimien selvennykset** |
| Kouluttaja |  |
|  |  |
| Kouluttaja |  |
|  |  |

**Poistettavat kouluttajatiedot:**

**Seuraavat (aikaisemmin sopimuksessa kouluttajiksi nimetyt) henkilöt eivät enää toimi kouluttajina tässä koulutuspaikassa:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kouluttajan nimi:** | **ajankohta, josta alkaen ei enää kouluttajana tässä koulutuspaikassa:** |
|  | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_** |
|  | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_** |

**3. Muu koulutuspaikkasopimusta koskeva muutos**

**Päiväys \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_**

**Allekirjoitus ja nimenselvennys**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Koulutuspaikan edustaja**

|  |
| --- |
| **Yliopiston arviointi** |
| [ ]  soveltuu muutosten jälkeen työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen koulutuspaikaksi[ ]  ei sovellu työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksenkoulutuspaikaksi perustelut       |
| **Päiväys \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Yliopiston työterveyshuollon koulutusohjelman vastuuhenkilö** |