*Alle felter må fylles ut.*

**ATTEST FOR GJENNOMFØRT VEILEDNING I ALLMENNMEDISIN (LIS3 ALM)**

**(innført fra 1.3.2019)**

**Det bekreftes at den veiledete tjenesten har oppfylt kriteriene i målbeskrivelsen for tjenesten (rundskriv I-2/2019) og *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften):***

**Det bekreftes at legen følger ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin**

Antall timer veileding:\_\_\_\_\_\_\_\_ Fra: til: i \_\_\_\_\_ %-stilling

Dersom flere perioder/ulik stillingsprosent:

Antall timer veileding:\_\_\_\_\_\_\_\_ Fra: til: i \_\_\_\_\_ %-stilling

**Bekreftelse fra veiledet lege**

Dato for oppstart i ny ordning eller konvertering til ny ordning:

Lege (navn på lege under veiledning):

Legens HPR-nummer:

Legens e-postadresse:

Legens signatur: Sted og dato:

**Bekreftelse fra veileder**

Veileders navn: Veileders HPR-nr:

Veileders tittel: Sted og dato:

Veileders signatur og stempel:

**Bekreftelse fra kommunen**

Kommunenavn: Sted og dato:

Kommunelege/kommunelege 2’s signatur/stempel: