**Gesuchformular Praxisassistenz Kanton Solothurn**

|  |  |
| --- | --- |
| **Praxis:** |  |
| Name und Adresse |       |
|  |       |
|  |  |
| **Lehrarzt:** |  |
| Name  |       |
| FMH Titel |       |
| Tel. Nr. / Mobile Nr. |       |
| E-Mail |       |
|  |  |
| **Praxisassistent/in:** |  |
| Name  |       |
| Adresse |       |
| Ausbildungsziel |       |
| Tel. Nr. / Mobile Nr. |       |
| E-Mail  |       |
|  |  |
| **Curriculum**Bitte nennen Sie hier die wichtigsten Stationen Ihres Lebenslaufs: |

|  |
| --- |
| **Dauer und Pensum der Praxisassistenz** Bitte geben Sie den Grund an, falls Sie ein reduziertes Pensum beantragen. |
|  |
| Das Gesuchformular wird durch die PGP genehmigt und ist integrierender Bestandteil des Projektes Praxisassistenz und des Vertragswerkes Praxisassistenz der Solothurner Spitäler AG soH.  |
| Ort und Datum: |       |
|  |
| Bitte das **Gesuchsformular** und die **Ausweise** (Arztdiplom, Dissertationsbestätigung, FMH-Protokolle, Arbeitszeugnisse, etc.) elektronisch senden an: Linda HupferAdministration PraxisassistentenSolothurner Spitäler AGSchlössliweg 64500 SolothurnTel. 032 627 47 05linda.hupfer@spital.so.ch  |
|  |  |