**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 Hupfer Administration Praxisassistenten Solothurner Spitäler AG Schlössliweg 6 4500 Solothurn Tel. 032 627 47 05 [linda.hupfer@spital.so.ch](mailto:linda.hupfer@spital.so.ch) | | |
|  | |  |