



ERIKOISLÄÄKÄRI- JA ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIKOULUTUS – ILMOITUS KOULUTTAJALISÄYKSESTÄ TAI VAIHDOKSESTA

Erikoisala:
Koulutuspaikka (nimi ja osoite):
Kouluttajat, jotka toimivat edelleen kouluttajina koulutuspaikassa (nimet):
Uusi kouluttaja: Puhelin: Sähköposti:
Kouluttaja, joka poistetaan kouluttajarekisteristä:

Koulutusoikeuksia hakeva kouluttaja täyttää:

Olen tutustunut erikois(hammas)lääkärikoulutuksen järjestämiseen ja erikoisalan koulutusvaatimukseen kyllä

Suostun siihen, että nimeni julkaistaan tiedekunnan verkkosivuilla olevassa koulutuspaikkarekisterissä kyllä en

Suostun henkilötietojeni käsittelyyn kyllä en

(EU-tietosuojasetus on uudistanut henkilötietojen käsittelyn edellytyksiä mm. suostumuksen todentamisen osalta. Henkilötiedoilla tarkoitetaan kaikenlaisia luonnollista henkilöä taikka hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi. (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679, 5,6,7 artikla.)

Pvm ____/____/____

Koulutusoikeuksia hakeva kouluttaja (allekirjoitus)
(erl, LT/LKT, dos.)

Erikoisalan vastuuhenkilö täyttää:

Hyväksyn uuden/t kouluttajan/t.

Pvm ____/____/____

Erikoisalan vastuuhenkilö (allekirjoitus)

Allekirjoitettu koulutussopimus toimitetaan lääketieteellisen tiedekunnan opintotoimistoon:

Meilahden opiskelijapalvelut, PL 63, 00014 Helsingin yliopisto.

Lisätietoja tarvittaessa antavat erikoisalan vastuuhenkilö tai Meilahden opiskelijapalveluissa ammatillisen jatkokoulutuksen

koulutussuunnittelija: meilahti-specialist@helsinki.fi