

**Gesuch um Bewilligung zur befristeten Anstellung
 einer Assistentin oder eines Assistenten zur ärztlichen Weiterbildung**

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Bürgerort/-staat:
Wohn-Adresse:	Name und Adresse des Praxisinhabers/ der Praxisinhaberin incl. E-Mail (Stempel)
E-Mail (P):	Aufnahme der Tätigkeit am:
Tel (P):	Voraussichtliche Dauer:

A. Ist Ihnen je die Ausübung des Berufes von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden, oder ist ein Straf- oder aufsichtsrechtliches Verfahren gegen Sie hängig?
 Ja → bitte auf gesondertem Blatt ausführlich erläutern Nein

Beilagen

1. Nachweis der Anerkennung der anstellenden Praxis als Weiterbildungsinstitution
2. Eidg. Arztdiplom oder eidgenössische Anerkennung (Kopie)
3. Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung (Kopie)
4. Aufstellung der Weiterbildung und der weiteren beruflichen Tätigkeit (lückenlos, im Sinne eines CV)
5. Aktueller Auszug aus dem Zentralstrafregister (Original)
 - 5.1. weniger als 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft: Führungszeugnisse aus allen Ländern, in denen Sie in den letzten 10 Jahren einen Wohnsitz hatten.
6. Für Ausländerinnen und Ausländer
 - 6.1. Eine Aufenthalts-, Niederlassung- oder Grenzgängerbewilligung (Kopie)
7. Wenn Deutsch nicht die Muttersprache ist: Nachweis genügender Deutschkenntnisse (Niveau B2)

Der oder die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie oder er erklärt sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch den Kantonsärztlichen Dienst einverstanden.

/bitte Rückseite beachten

Nur vollständige, gut leserliche und per Post eingereichte Gesuche werden bearbeitet.

Urkunden, Diplomen und Zeugnissen, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.

Das Gesuch ist frühestens 6 und spätestens 3 Monate vor der geplanten Aufnahme der Tätigkeit einzureichen an:

VGD Kantonsärztlicher Dienst, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Ort und Datum

Unterschrift der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers

Unterschrift Assistent/in
