**Lønnsansiennitetsberegning for leger i spesialisering**

OBS! Dersom tjeneste er utført utenfor Finnmarkssykehuset må dette dokumenteres.

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn** |  |
| **Ansattnummer** |  |
| **Fødselsdato** |  |
| **Under utdanning i spesialitet** |  |

**Gjennomført LIS del 1 sykehustjeneste:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeidssted:** | **Avdeling:** | **Antall mnd:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Totalt antall måneder som LIS 1:** | |  |

**Antall måneder arbeid som LIS 2-3:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbeidssted/avdeling:** | | **Stillings %:** | **Fra dato – til dato:** | **Spesialitet:** | **Antall mnd:** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | **Totalt antall måneder som LIS 2-3:** | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sum antall måneder som LIS (1, 2 og 3):** |  |
| **Herunder antall måneder foreldrepermisjon medregnet:** |  |

**Ikke tellende tjeneste/fravær ref. spesialistforskriften §31:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type:** | **Tidsrom:** | **Antall mnd:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Totalt antall måneder ikke tellende fravær:** | |  |

*Lønnsansiennitet (sett X):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *0-1 år:* | *1-2 år:* | *2-4 år:* | *Mer enn 4 år:* |

**LIS fyller ut skjema og sender digitalt til oppgitt e-post adresse. Vi anser skjemaet som digitalt signert når det kommer fra den enkeltes e-post adresse.**

**Skjema inkludert dokumentasjon sendes til** [**Personal@finnmarkssykehuset.no**](mailto:Personal@finnmarkssykehuset.no)