|  |  |
| --- | --- |
| **Attestation for beskæftigelse med praktisk-klinisk odontologi svarende til mindst to års fuldtidsbeskæftigelse, hvoraf mindst ét år (1440 timer) skal være beskæftigelse i almen børnetandpleje.** | |
|  |  |
| Som superviserende tandlæge attesterer jeg hermed med min underskrift og stempel varigheden af nedennævnte ansættelse.  Jeg er bekendt med, at denne attestation danner grundlag for Sundhedsstyrelsens afgørelse om ansættelse i uddannelsesstilling i ortodonti, jf. § 4 stk. 3 i bekendtgørelse om uddannelse af specialtandlæger (BEK 1020 af 26/08/2010). | |
|  |  |
| **Navn på ansøgende tandlæge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Autorisations ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
|  |  |
| **Har været beskæftiget med:** | |
|  |  |
| **\_ børne- og ungdomstandpleje**  **I perioden fra den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **I alt \_\_\_\_ måneder med et samlet timetal på:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
|  |  |
| **\_ voksentandpleje** |  |
|  |  |
| **I perioden fra den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
|  | |
| **I alt \_\_\_\_ måneder med et samlet timetal på: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
|  |  |
| **Superviserende tandlæge:** |  |
| **Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Klinikkens adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Autorisations ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

Dato og underskrift fra superviserende tandlæge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stempel:

Hvis denne attest underskrives af en tandlæge i udlandet, skal attesten ledsages af en attestation fra den udenlandske sundhedsmyndighed, der bekræfter, at den superviserende tandlæge har ret til selvstændigt virke i det pågældende land.

**Send den underskrevne attest til:**

Sektion for Ortodonti  
Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet   
Att.: Sektionssekretær Trine Zederkof Jønsson  
Vennelyst Boulevard 9  
8000 Aarhus C