



# AMANUENSSUURIHAKEMUS

Sukunimi, Etunimi \_\_\_\_\_

Cursus \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Lukukausi (C1, C2, jne) \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_

**HUOM!** Yhdellä hakulomakkeella myönnetään vain  yksi  amanuenssuuri. Muista liittää hakemukseen puolto, jos et ole käynyt kurssia hakemaltasi erikoisalalta.

**Erikoisala** (numeroi haluamassasi järjestyksessä, max 10 alaa) **Aloituskaukausi** \_\_\_\_\_

Erikoisala	Vaihtoehto				Erikoisala	Vaihtoehto			
	Kuun alusta		Kuun puolivälistä			Kuun alusta		Kuun puolivälistä	
	2 vko	4 vko	2 vko	4 vko		2 vko	4 vko	2 vko	4 vko
Akuuttilääketiede					Lääkinnällinen kuntoutus				
Anestesiologia					Mikrobiologia				
Fysiatria					Neurokirurgia				
Ihotaudit					Neurologia				
Keuhkosairaudet					Patologia				
Kirurgia					Perinnöllisyyslääketiede				
Kliininen neurofysiologia					Psykiatria				
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit					Radiologia				
Laboratoriolääketiede					Silmätaudit				
Lastenkirurgia					Sisätaudit				
Lastenpsykiatria					Synnytys ja naistentaudit				
Lastentaudit					Syöpätaudit				
Lisätietoa									
<input type="checkbox"/> Sitoudun vastaanottamaan minulle osoitetun amanuenssuuripaikan									

Vakuutan yllä olevat tiedot oikeiksi ja allekirjoittamalla hyväksyn, että Oulun Lääketieteellinen Kilta ry käyttää antamiani tietoja. Tietoja käytetään ainoastaan amanuenssuuripaikan välittämiseen ja niitä säilytetään kaksi vuotta amanuenssuurin jälkeen. Rekisteri- ja tietosuojaseloste on saatavilla osoitteessa <http://www.olk.fi/tietosuoja>

\_\_\_\_\_  
Paikka ja pvm

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Kladvastaavan allekirjoitus