**Traditsioonilise hiina meditsiini spetsialist tase 5 kutse taastõendamise avaldus**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAOTLEJA** | *Täidab taotleja* |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |
| Elukoha aadress |  |
| Telefoninumber |  |
| E-posti aadress |  |
| Töökoht |  |
| Koduleht/Sotsiaalmeedia  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AVALDUSELE LISATUD DOKUMENTIDE LOETELU:** | **Lehti***Täidab taotleja* | **Märge vastavuse kohta***Täidab TAM Kutsekoda* |
| Isikut tõendava dokumendi koopia |  |  |
| Vormikohane CV – *vt Lisa 3*  |  |  |
| Varasema sama taseme kutsetunnistuse koopia |  |  |
| Erialase täiendkoolituse läbimist tõendav dokument (60h) |  |  |
| Maksekorraldus kutse taastõendamise tasu kohta |  |  |

|  |
| --- |
| **NÕUSOLEKU ANDMINE** *Täidab taotleja* |
|  | Annan nõusoleku, et kutse saamisel minu ees- ja perekonnanimi ning sünniaeg avalikustatakse TAM Kutsekoja Kutseregistris. *(kirjuta kastikesse JAH või EI)*  |
| Käesolevat dokumenti allkirjastades annan kutse andjale, Eesti Täiend- ja Alternatiivmeditsiini Nõukojale, nõusoleku kutse taotlemisega seotud dokumentide ja andmete töötlemiseks. |
| Kinnitan, et kõik käesolevas taotluses esitatud andmed on tõesed.Kutse taotleja:(allkirjastatud digitaalselt)  |

|  |
| --- |
| **MÄRGE AVALDUSE VASTUVÕTMISE KOHTA** *(Täidab TAM Kutsekoda)* |
| *Avalduse saabumise kuupäev* |  |
| *Vastu võtnud isiku nimi* |  |
| *Registreerimise number* |  |
| **MÄRGE TAOTLEJALE TEATISE SAATMISE KOHTA** *(Täidab TAM Kutsekoda)* |
| 1) |
| 2) |
| 3) |