## Lisa 1 Avaldus vorm 1 tase 6 kutse taotlemisel

|  |  |
| --- | --- |
| **Taotleja** | *Täidab kutse taotleja* |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |
| Elukoha aadress |  |
| Telefoninumber |  |
| E-posti aadress |  |
| Töökoht |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avaldusele lisatud dokumentide loetelu** | **Failide arv**  *Täidab kutse taotleja* | **Märge vastavuse kohta**  *Täidab HRT kutsekomisjon* |
| Isikut tõendava dokumendi koopia |  |  |
| Haridust tõendava dokumendi koopia (diplom ja diplomi lisana hinneteleht või akadeemiline õiend) |  |  |
| Täidetud CV vorm |  |  |
| Erialase koolituse läbimist tõendava dokumendi koopia (diplom + hinneteleht) |  |  |
| Supervisioonis osalemist tõendav dokument |  |  |
| Kutsestandardi nõuetele vastava meditsiinialase koolituse läbimist tõendav dokument |  |  |
| Erialast töökogemust tõendav dokument „Erapraksise vorm.xlsx“ |  |  |
| Esmaabi koolituse tunnistus |  |  |
| digitaalne foto TAM terapeutide registri jaoks (portree formaadis 3:4 või ruut, minimaalne pikslite arv 200x200) |  |  |
| Maksekorraldus või muu kinnitus kutse andmisega seotud kulude tasumise kohta |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NÕUSOLEKU ANDMINE** *Täidab kutse taotleja* | |
| Käesolevat dokumenti allkirjastades annan kutse andjale, Eesti Täiend- ja Alternatiivmeditsiini Nõukojale nõusoleku kutse taotlemisega seotud dokumentide ja andmete töötlemiseks. | |
|  | Annan nõusoleku, et minu ees- ja perekonnanimi, sünniaeg, foto ja tutvustus avalikustatakse TAM Kutsekoja terapeutide registris.  *(kirjuta kollasesse ruutu JAH või EI)* |
|  | Annan nõusoleku, et minu poolt koostatud juhtumianalüüsi võib kasutada kutseeksami hindajate koolitusel ja hindajate kovisioonis, kusjuures ei avaldata minu isikuandmeid. Koolitustel ja kovisioonis osalevad hindajad kohustuvad juhtumianalüüsi materjali hoidma konfidentsiaalsena. *(kirjuta kollasesse ruutu JAH või EI)* |
| Kinnitan, et kõik käesolevas taotluses esitatud andmed on tõesed.  (allkirjastatud digitaalselt) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **MÄRGE AVALDUSE VASTUVÕTMISE KOHTA** *Täidab HRT kutsekomisjon* | |
| *Avalduse saabumise kuupäev* |  |
| *Vastu võtnud isiku nimi* |  |
|  | |
| **MÄRGE TAOTLEJALE TEATISE SAATMISE KOHTA** *Täidab HRT kutsekomisjon* | |
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |