**Ansøgningsskema**

|  |
| --- |
| **OK-21**  **PROJEKT FAGLIG OG OPGAVEMÆSSIG UDVIKLING FOR AFDELINGSLÆGER**  **SKEMA TIL BRUG FOR AFTALE AF REGIONALE FORSØG** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Identifikation** | |
| A1. Region/hospital/afdeling |  |
| A2. Forsøgets titel |  |
| A3. Ansvarlig leder  for forsøget |  |
| A4.Ansvarlig afdelingslæge |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B. Forsøget** | |
| B1. Formål | I forbindelse med beskrivelse af forsøgets formål bedes følgende spørgsmål adresseret:   * Hvordan bidrager forsøget konkret til at fremme afdelingslægers faglige og opgavemæssige udvikling? * Hvordan afprøver forsøget konkret nye veje i forhold til afdelingslægers karriereudvikling? * Hvad er succeskriterierne? |
| B2. Beskrivelse |  |
| B3. Indhold (hvad er aftalt?) | * Hvad har I konkret aftalt? Fx * Der er aftalt et tillæg på x kr. til * Der er aftalt frikøb på x timer ugentligt til * Der er aftalt refusion af udgifter til xx inden for et maksimum på xx * Der er aftalt tilskud til dækning af udgifter til xx med xx kr. * Vi fraviger overenskomstens arbejdstidsregler (§ X) på følgende måde: * Evt. dokumenteret som bilag. |
| B4. Deltagerkreds (hvem indgår?) | * Beskrivelse af, hvem det konkrete forsøg omhandler. Hvis forsøget omfatter flere afdelingslæger, fx alle afdelings- læger på en afdeling eller på et hospital, bedes det omtrentlige antal læger oplyst. |
| B5 I hvilken periode kører forsøget? |  |
| B6. Organisering | * Hvordan er forsøget organiseret – er der fx noget der går på tværs af afdelinger/hospitaler? |
| B7. Økonomi  (herunder tillægsstørrelse) | * Hvad forventer I at bruge på forsøget til løn og andre udgifter? |
| Uddybende bemærkninger: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **C. Forsøgets tidsmæssige udstrækning** | |
| C.2. Dato for forsøgets opstart |  |
| C.3. Dato for forsøgets afslutning  - Forsøget ophører senest 31.3.2024 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **D. Forsøget er aftalt mellem** | |
| Dato |  |
| Leder | Afdelingslæge / TR / FTR |

|  |  |
| --- | --- |
| **E. Forsøget er indstillet af afdeling/hospital (evt. lokal styregruppe)** | |
| Dato |  |
| For afdeling/hospital (evt. lokal styregruppe) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **F. Forsøget er godkendt centralt og aftale indgået** | |
| Dato |  |
| For YL Region Hovedstaden | For Region Hovedstaden |