

**Ausnahme von der Mitwirkungspflicht in der kantonalen Notfalldienstorganisation
während Weiterbildung zu FMH-/Facharzt-Titel**

Der Praxisinhaber/Institutsleiter bestätigt, dass Herr/Frau _____

vom _____ bis _____ in der Praxis/im Institut _____

tätig ist und es sich dabei um anrechenbare Zeit für den Erwerb eines FMH-/Facharzt-Titels handelt (keine
Spezialisierung innerhalb Fachrichtung).

Datum: _____

Stempel und Unterschrift Praxisinhaber/Institutsleiter: