**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 |