

Aanvraagformulier voor reductie van scholingspunten bij ziekte

Persoonsgegevens aanvrager

Naam audicien	
Geboortedatum	
StAr registratienummer	

Definitie ziekteperiode

De totale ziekteperiode bestaat uit de tijdvakken tussen 100% ziekmelding en (gedeeltelijke) betermelding.

Procedure

Voor het aanvragen van reductie van scholingspunten dient de aanvrager de hieronder genoemde onderdelen af te laten tekenen en in te dienen via info@audicienregister.nl. De aanvraag start met het indienen van dit formulier met onderdelen 1 en 2. Onderdeel 3 moet uiterlijk 4 maanden na de aanvraag ingediend zijn.

1. Verklaring van arbeidsongeschiktheid door ziekte

Datum/data 100% ziekmelding:

Datum/data (gedeeltelijke) betermelding:

Hierbij verklaart ondergetekende* dat de aanvrager in de genoemde periode(s) arbeidsongeschikt was door ziekte.

Naam	
Relatie tot aanvrager	
Datum	
Plaats	
Handtekening	

* Bij loondienst: leidinggevende of HRM medewerker. Bij zelfstandige: geschikt persoon naar eigen inzicht (bijv. (huis) arts/accountant).

2. Verklaring van bijscholing productportfolio

Aanvrager verklaart hierbij na betermelding bijgeschoold te zijn op het actuele productportfolio.

Handtekening:

Deze bijscholing is gedocumenteerd (bijv. via PE-online, kwaliteitspaspoort, lokaal systeem) en desgevraagd aantoonbaar (bijv. bij een audit).

3. Verklaring dat de aanvrager na betermelding vijf hoortoestelaanpassingen (van intake tot en met eindcontrole) heeft verricht en deze heeft geëvalueerd met een StAr geregistreerde collega audicien.

Hoortoestelaanpassing 1	
Naam en locatie winkel:	
Datum eindcontrole:	
Naam collega audicien:	
Handtekening collega audicien:	

Hoortoestelaanpassing 2	
Naam en locatie winkel:	
Datum eindcontrole:	
Naam collega audicien:	
Handtekening collega audicien:	

Hoortoestelaanpassing 3

Naam en locatie winkel:

Datum eindcontrole:

Naam collega audicien:

Handtekening collega
audicien:**Hoortoestelaanpassing 4**

Naam en locatie winkel:

Datum eindcontrole:

Naam collega audicien:

Handtekening collega
audicien:**Hoortoestelaanpassing 5**

Naam en locatie winkel:

Datum eindcontrole:

Naam collega audicien:

Handtekening collega
audicien: