**Aftale om Merarbejde**

Hermed indgås aftales om merarbejde for speciallæger ifølge overenskomsten §20 st. 3

|  |  |
| --- | --- |
| Lægens navn |  |
| Lægens mailadresse |  |
| Hospital |  |
| Afdeling |  |
| Funktioner og estimeret tidsforbrug |  |
| Baggrund for aftalen  (udfyldes eventuelt) |  |
| Tilknyttede funktionstillæg  (udfyldes eventuelt) |  |

Aftalen træder i kraft pr. [indsæt dato]

Hvis den er tidsbegrænset, udløber aftalen pr. [indsæt dato].

Aftalen kan opsiges skriftligt med tre måneders varsel.

Der skal afholdes minimum en årlig samtale mellem speciallægen og nærmeste leder om rammerne for aftalen.

**Underskrifter og dato**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ledelsen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Lægens underskrift

*Ved spørgsmål til udfyldelse kontakt din lokale tillidsrepræsentant.*