

**Toelichting bronverificatie**

'Isala, naar de top'. Goede en veilige zorg is hiervoor de basis. Medewerkers die deze zorg (mede) mogelijk maken dienen te beschikken over de vereiste kwalificaties. Dit vereist zekerheid over de juistheid en geldigheid van de benodigde kwalificaties.

Hiervoor verifieert Isala bij onderwijsinstituten of vereiste kwalificatie(s) echt behaald zijn.

Dit houdt in dat we bij de betreffende opleidingsinstituten zullen checken of de betreffende persoon de opleiding daar ook daadwerkelijk heeft gevolgd en het instituut inderdaad het diploma heeft afgegeven.

Voor deze verificatie is toestemming van de betrokkene nodig.

Deze toestemming, alsmede de uitvraag van de benodigde informatie is vormgegeven in de toestemmingsverklaring bronverificatie.

Wij verzoeken u vriendelijk deze verklaring in te vullen en mee te nemen naar het arbeidsvoorwaardengesprek.

Onze hartelijke dank voor uw bijdrage aan veilige zorg!



Toestemmingsverklaring bronverificatie

Hierbij verklaart ondergetekende :

Naam :
Geboortedatum :
Adres :
Postcode en Woonplaats :

☐ Toestemming tot bronverificatie te verlenen aan de Stichting Isala klinieken in het kader van het gaan vervullen van een functie binnen Isala waarvoor bronverificatie wordt vereist. De bronverificatie wordt uitgevoerd op de diploma's die in het kader van de functie vereist zijn.

Deze diploma's worden in de vacaturetekst bij functievereisten genoemd.

☐ Toestemming te verlenen aan de gecontacteerde instantie om de gevraagde informatie vrij te geven.

Ten behoeve van de verificatie dienen onderstaande vragen te worden beantwoord voor diploma's zoals hierboven genoemd.

1. Naam opleidingsinstituut* :
Plaats opleidingsinstituut :
Gevolgte opleidingsrichting :
Datum diplomering :

2. Naam opleidingsinstituut* :
Plaats opleidingsinstituut :
Gevolgte opleidingsrichting :
Datum diplomering :

3. Naam opleidingsinstituut* :
Plaats opleidingsinstituut :
Gevolgte opleidingsrichting :
Datum diplomering :

Subspecialisme medisch specialist (*alleen in te vullen door medisch specialisten*)

1. Subspecialisme medisch specialist :
Naam opleider :
Opleider is werkzaam in ziekenhuis :
Telefoonnummer opleider :
Emailadres opleider :
Beroepsvereniging subspecialisme :



2. Subspecialisme medisch specialist :

Naam opleider :

Opleider is werkzaam in ziekenhuis :

Telefoonnummer opleider :

Emailadres opleider :

Beroepsvereniging subspecialisme :

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld en toestemming tot verificatie te verlenen.

Datum :

Plaats :

Handtekening :

* of diens rechtsopvolger