Let op!
Dit formulier kunt u het beste downloaden en digitaal invullen. Daarna *(digitaal)* ondertekenen en samen met het aanvraagformulier en andere bewijsstukken mailen naar: CIBGadt@minvws.nl.

Zorg ervoor dat alle velden volledig worden ingevuld.

CIBG
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Werkgeversverklaring deskundige transgenders

Let op! Doorhalingen en wijzigingen maken deze verklaring ongeldig.

1 Gegevens werkgever

1.1 Naam

1.2 Adres en land

1.3 Postcode & vestigingsplaats

2 Gegevens werknemer

2.1 Naam

2.2 Geboortedatum (dag maand jaar)

2.3 BIG-registratienummer

2.4 Beroepstitel Wet BIG

> *Kies één van de volgende beroepen:*

Kies één van de volgende beroepen

3 Gegevens arbeidscontract

> *Vermeld de gegevens zoals deze zijn vastgelegd in het contract.*

	Datum (dd/mm/jjjj)	Uitgevoerde functie	Functie-niveau	Contractuele arbeidsduur / gewerkte uren[1]	Nul-uren contract
3.1 Arbeidscontract 1	t/m				☐ ja ☐ nee
3.2 Arbeidscontract 2	t/m				☐ ja ☐ nee
3.3 Arbeidscontract 3	t/m				☐ ja ☐ nee
3.4 Arbeidscontract 4	t/m				☐ ja ☐ nee

1 *Heeft u een nul-uren contract? Vul dan het totaal aantal gewerkte uren in.*

3.5 Werknemer verricht directe handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg

☐ ja ☐ nee

3.6 Verplichte documenten

> *Stuur deze mee met dit formulier. Uit de functiebeschrijving moet blijken dat de werkzaamheden zijn uitgevoerd binnen de transgenderzorg.*

☐ Functieomschrijving(en)

Paraaf opdracht/werkgever

4 Ondertekening

Ondergetekende verklaart namens de opdracht/werkgever dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

4.1 Naam ondertekenaar

4.2 Functie

4.3 Plaats en datum ondertekening — dag maand jaar

4.4 Handtekening en bedrijfs-stempel

Voor eventuele verificatie bij de opdracht/werkgever kan het het CIBG contact opnemen met:

4.5 Naam

4.6 Functie

4.7 Telefoonnummer

4.8 E-mailadres