

Intyg på behörighet till kursen 'Barnpsykiatrisk bedömning', som ges på Kompetenscentrum för psykoterapi.

Kursens målgrupp:

Alla behandlare inom barn och ungdomspsykiatri som arbetar kliniskt.

Deltagare som antas till utbildningen ska före utbildningen ha:

- En tjänst som behandlare med klinisk tjänstgöring inom barn och ungdomspsykiatri.

Jag intygar härmed att _____ får gå kurs enligt ovan.

Sökanden arbetar som: _____

Enhetschef som godkänner ansökan:

Namn:

Telefonnummer:

Enhetschefs underskrift:

Sökande

Förnamn	Efternamn
E-post	Telefonnummer
Personnummer	Nuvarande arbetsplats

Jag godkänner att Kompetenscentrum för psykoterapi, i enlighet med GDPR, registrerar personuppgifterna.

Sökandes underskrift:

Ort och datum:

Namnförtydligande:

Spara dokumentet, skriv ut för enhetschefs samt din underskrift, scanna in och bifoga i ett mail till:

sarah.thylen@ki.se