

Ansökan om Specialistbehörighet

Namn	Mailadress
Personnr	Specialitet
Postadress: gatunamn, postnummer och ort	

Checklista: markera status för samtliga utbildningsmoment (gäller ej för dig som gått ett sammanhållet ackrediterat specialistprogram)			
Specialistkurser Sammanställning av genomgångna specialistkurser (examinerade inom 10 år)			
Kursbenämning	Examinationsdatum	Bifogas	
		Redan inskickat	
Kursbenämning	Examinationsdatum	Bifogas	
		Redan inskickat	
Kursbenämning	Examinationsdatum	Bifogas	
		Redan inskickat	
Kursbenämning	Examinationsdatum	Bifogas	
		Redan inskickat	
Kursbenämning	Examinationsdatum	Bifogas	
		Redan inskickat	
Kursbenämning	Examinationsdatum	Bifogas	
		Redan inskickat	
Specialistkollegium registreras av IHPU			
Bifoga intyg om genomfört hos annan än IHPU			
Introduktionskurs registreras av IHPU			
Bifoga intyg om genomfört hos annan än IHPU			
Skriftligt specialarbete bifoga beslut om godkänt specialarbete, samt datum på när arbetet färdigställdes		Bifogas	
		Redan inskickat	

Akrediterat specialistprogram Ange specialistprogram, lärosäte samt startdatum för programmet	Ange examensdatum (vidimerat examensintyg skall bifogas ansökan)
Faktureringsadress	Kostnadsställe

Härmed ansöker jag om specialistbehörighet:

Signatur

Ort & datum

Information om vår hantering av personuppgifter

Psykologförbundet ansvarar för behandlingen av de personuppgifter som lämnas i ansökan om specialistbehörighet. Ingående information om behandlingen av uppgifterna återfinns i specialistutbildningens personuppgiftspolicy på vår hemsida, www.psykologforbundet.se/Specialistutbildning.

Beskrivning av arbetsuppgifter inom specialiteten

Sammanställning av relevant yrkeserfarenhet för specialiteten är obligatorisk för att kunna ansöka om specialistbehörighet. Bifoga ytterligare tjänstgöringsintyg om fler tjänster åberopas.

Anställd

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Tjänst

Befattning	Anställd from – tom
Typ av anställning	Anställningens omfattning <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid _____ %
Beskrivning av arbetsplatsen:	
Beskrivning av huvudsakliga arbetsuppgifter:	

Arbetsgivare

Namn/företag	Organisationsnummer	
Adress	Postnummer. Ort	Telefon
Kontaktperson	E-post	

Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum	
Utfärdarens underskrift	Namnförtydligande och titel