

Ansökningsformulär för certifiering i Kognitiv Medicin

1) Personuppgifter:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefonnummer:

E-mailadress:

2) Uppgift om erhållen medicinsk specialitet, samt år specialiteten erhöles:

- geriatrik, år:
- psykiatri, år:
- neurologi, år:
- rehabiliteringsmedicin, år:
- allmänmedicin, år:

3) Härmed intygar jag att jag har minst två års heltidstjänstgöring som specialistläkare inom öppenvårdsverksamhet med tydlig kognitivmedicinsk inriktning vilket bekräftas av intygsbilagan.

4) Härmed intygar jag att min heltidstjänstgöring återspeglar ett multiprofessionellt teamarbete samt att jag har erfarenhet av forsknings-, utbildnings- eller utvecklingsarbete som fört fältet framåt inom relevant område vilket bekräftas av intygsbilagan.

5) Jag medger lagring av personuppgifter hos SFK.

6) Jag medger att mitt namn kan listas bland certifierade personer på SFKs hemsida.

7) Jag har betalat in handlägningsavgift till SFK.

8) Signatur:

Ort, datum

Namnförtydligande