Svensk Förening för Kognitiv Medicin

# Ansökningsformulär för certifiering av arbetsterapeuter i Kognitiv Medicin

1) Personuppgifter:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefonnummer:

E-mailadress

2) □ Jag medger erhållen legitimation som arbetsterapeut utfärdad i Sverige.

3) □ Härmed intygar jag att jag har minst två års heltidstjänstgöring som legitimerad arbetsterapeut inom hälso- och sjukvård med tydlig kognitiv medicinsk inriktning.

4) □ Härmed intygar jag att min heltidstjänstgöring återspeglar en grundläggande klinisk kompetens i det dagliga arbetet samt att jag har erfarenhet av forsknings-, utbildnings- eller utvecklingsarbete som bidragit till utveckling inom området kognitiv medicin och syftar till att förbättra vardagen och livskvalitet hos personer med kognitiv sjukdom, 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 handläggningsavgift till SFK (200 kr).

Signatur:

Ort, datum Namnförtydligande