2024-05-13

**Intyg från arbetsgivare – Underlag till ansökan KBT steg 1**

Härmed intygas att \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kommer att kunna beredas plats inom sitt arbete för att gå denna halvfartsutbildning. Vidare intygas att deltagaren kommer att ha tillstånd att för utbildningsterapin handha patientärenden och att hen successivt under utbildningen har tillgång till tre lämpliga patienter för korttidsterapi med en problematik lämplig för utbildningshandledning (t ex olika ångestsyndrom och depression).

Om den studerande underkänns på handledningen eller delar av handledningen, är arbetsgivaren medveten om att kompletterande handledning kommer att erbjudas men att denna inte ingår i utbildningsavgiften utan kommer debiteras separat.

Förvaring av journaler och annan patientkopplad dokumentation sker i verksamheten där behandlingen bedrivs

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnunderskrift verksamhetschef (el motsvarande)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande