**Arbetsgivarintyg gällande ST‐läkare**

Namn:

Personnummer:

**Grundläggande psykoterapiutbildning för ST-läkare**

Härmed intygar jag att:

1) ovan nämnd person innehar ST‐tjänst/leg läk med planering för ST inom mitt verksamhetsområde.

2) förutsättningar finns för att gå utbildningen, dvs den sökande kommer att ges möjlighet att medverka i obligatoriska moment och kommer att beredas instuderingstid samt tillgång till handledningspatienter.

ST‐läkaren kommer att ges möjlighet att ha kontinuerliga patientkontakter och terapeutiska

arbetsuppgifter på arbetsplatsen som kan utgöra underlag för meningsfull handledning. Anställningen skall omfatta minst 50 procent av en heltidsanställning och fortgå under hela utbildningstiden.

Arbetsgivarens signatur

Namnförtydligande