Søknad om godkjenning som veileder i kognitiv terapi

Se ”Retningslinjer for godkjenning av veiledere til den obligatoriske psykoterapiveiledning i spesialistutdanningen i psykiatri vedtatt av sentralstyret i Dnlf 8.12.2017”.

1. **Personopplysninger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etternavn/fornavn | | Fødselsdato |
| Privat postadresse | | |
| E-post adresse | | Telefon privat |
| Godkjent spesialist (år) | Kopi av godkjenning, **Attestnr** | Telefon arbeid |

1. **Klinisk arbeid (Minst 7 år generell klinisk praksis. NB! Legg ved attester, hhv bekreftede kopier av attester)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Arbeidssted | Tidsperiode | Antall måneder | Attestnr |

1. **Utdanning i kognitiv terapi (terapiseminar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Toårig utdanning i kognitiv terapi for leger og psykologer ved Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi (NIKT) - (ja)  (eller) tilsvarende utdanning (gi nærmere beskrivelse) – (ja\*) | Årstall | Attestnr |

1. **Utdanning i å gi veiledning i kognitiv terapi (pedagogikkseminar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Veilederseminar i kognitiv terapi ved Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi (NIKT) - (ja)  (eller) tilsvarende utdanning gjennom annet program (gi nærmere beskrivelse) – (ja) | Årstall | Attestnr |

1. **Tilknytning til relevant fagmiljø (kurs, møter, kollegial veiledning, forskning, forelesninger)**

|  |  |
| --- | --- |
| Kort beskrivelse | Tidsperiode |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato** | **Underskrift** |

Søknaden sendes til: *Den norske legeforening, postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo*

Spørsmål kan rettes til Nina Finstad tlf. 41 70 11 17

**NB! Alle opplysninger i punktene A. - D. må dokumenteres med attester (bekreftet rett kopi)**

(\*)Attestene må evtl være vedlagt bekreftet oversettelse til norsk (el. engelsk).