

Ansökan Mottagning Unga Vuxna



Sökande vårdcentral		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Planerat datum för start av mottagning		

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

Namngiven leg psykolog/psykoterapeut	Personnummer	RS ID nr
Namngiven leg läkare specialist i psykiatri	Personnummer	RS ID nr

Samarbetsöverenskommelser har tecknats med följande kommun / kommuner

Metodik för färdighetsträning

Dokumenterat samarbete med utförare av friskvård samt utförare av friskvård.

Samarbetsöverenskommelse har tecknats med följande parter
<input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Idéburen sektor

Ort	Datum
-----	-------

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande verksamhetschef

Ska bifogas: Examensbevis psykolog/psykoterapeut, kopia på specialistbevis specialist i psykiatri samt **samarbetsöverenskommelse**.

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

Underskrift uppdragsgivaren: _____

Namnförtydligande uppdragsgivaren: _____