

**INTYG om praktiktjänstgöring för
kiropraktor i offentlig hälso- och
sjukvård för ansökan om legitimation**

Skicka med detta intyg med din ansökan
om legitimation som kiropraktor.

Skicka intyget till
Socialstyrelsen
Behörighet
106 30 STOCKHOLM

Härmed intygar handledaren att kiropraktor

Efternamn, samtliga förnamn (stryk under det förnamn du använder)	Personnummer
---	--------------

har fullgjort sin praktik i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (fastställda 2004-07-01)

Ange praktikperioderna i tidsordning

Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m. (år-mån-dag)	Heltid	Deltid	Timmar/vecka (vid deltid)
Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m. (år-mån-dag)	Heltid	Deltid	Timmar/vecka (vid deltid)
Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m. (år-mån-dag)	Heltid	Deltid	Timmar/vecka (vid deltid)
Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m. (år-mån-dag)	Heltid	Deltid	Timmar/vecka (vid deltid)

Din sammanlagda praktiktid ska motsvara minst tre månaders heltidstjänstgöring (40 timmar/vecka).

Ange var kiropraktor har gjort sin praktiktjänstgöring

--

Beskriv innehållet i praktiktjänstgöringen

--

Handledarens underskrift

Ort och datum	
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Personnummer	Yrkestitel
Postadress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer	

Kiropraktorns underskrift

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande