



Código dir3: A04026922

Código SIA:2844165

Certificat de l'experiència professional en l'especialitat de psiquiatria i/o pediatria per a l'accés extraordinari al títol d'especialista en psiquiatria infantil i de l'adolescència

D/Da _____ com a director/directora o gerent de la Unitat Assistencial nº _____ del centre sanitari autoritzat amb el [codi nacional normalitzat \(CCN\)](#) autoritzada com a unitat assistencial de psiquiatria des del dia _____ fins el _____ (si encara està autoritzada deixeu el camp "fins el" en blanc)

CERTIFIC:

Que D./Da _____ amb número de DNI _____ està en possessió del títol oficial d'especialista en _____ i ha prestat serveis a l'Àrea de Psiquiatria Infantil i de l'Adolescència realitzant activitats de promoció de la salut mental i la prevenció, diagnòstic, pronòstic, tractament i rehabilitació dels trastorns mentals, inclosos els trastorns del neurodesenvolupament i del comportament que afecten els nens, els adolescents i les seves famílies.

Durada de la prestació de serveis en el centre

Data inici	Data fi (*)	Anys	<u>Dies</u>	Jornada	Jornada anual (hores)
				Completa Parcial	

(*) en cas que la prestació de serveis no s'hagi extingit, la data màxima que podeu posar en aquest camp és 04/08/2021

I perquè consti a efectes de la participació en el procediment d'accés extraordinari al títol d'especialista en psiquiatria infantil i de l'adolescència previst en els apartats 1.a) i 2 de la disposició addicional primera del Reial decret 689/2021, de 3 d'agost, pel qual s'estableix el títol de metge/metgessa especialista en psiquiatria infantil i de l'adolescència i s'actualitzen diversos aspectes del títol de metge/essa especialista en psiquiatria.

Signatura del director o directora o gerent del centre
La persona que signa aquest document ho ha de fer amb un certificat digital de signatura vinculada al centre.