



MODELO DE CERTIFICADO MODELO DE LA CONSEJERÍA/DEPARTAMENTO DE SANIDAD O DE LA DIRECCIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA (Anexo II. A)

A petición de D^a/D _____, con DNI/NIE _____ y previa propuesta de la Dirección/Gerencia de la unidad asistencial U.69 del centro sanitario autorizado con Código Nacional Normalizado (CCN): _____, autorizada como unidad asistencial de Psiquiatría entre _____ *(fecha inicio/fecha fin)*.

CERTIFICA:

D^a/D _____, especialista en _____ *(Psiquiatría/Pediatría y sus Áreas Específicas)* ha prestado servicios en el área de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia entre *(fecha inicio/fecha fin)*, con una dedicación horaria de ___ horas/semana, realizando actividades de promoción de la salud mental y la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, y del comportamiento que afectan a los niños, a los adolescentes y a sus familias. *(Incluir solo las actividades que correspondan)*.

Y para que conste, a efectos de participación en el procedimiento de acceso extraordinario al título de especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia previsto en los apartados 1.a) y 2 de la Disposición transitoria primera del Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.

A la fecha de la firma



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL