



Inkom: _____

Personuppgifter:

| | |
|-------------------------|-------------|
| Personnummer | |
| Namn | |
| Adress /postnummer /ort | |
| Sysse/sättning | |
| Hemtelefon | Mobilnummer |
| E-post adress: | |

Grundutbildning:

| |
|---|
| Läkarexamen, år |
| Specialist i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, år |
| Psykologexamen, år: |
| Legitimation som, år: |
| Annan högskoleutbildning, minst 180 hp: |

Yrkeserfarenhet efter ovanstående utbildning (ange även tid):

| |
|--|
| |
|--|

Egen psykoanalys

| | | |
|------------------|-------------------|--------------|
| Psykoanalys hos: | Timmar per vecka: | Under tiden: |
|------------------|-------------------|--------------|

Har du sökt Svenska psykoanalytiska institutets utbildning tidigare?

| | |
|--------------|-----|
| Ja/Nej: | År: |
| Datum | |
| Namnteckning | |

OBS! Glöm ej att bifoga en vidimerad meritlista (ej betygskopior)!

Skicka din ansökan senast 31/8 2016 till:

Svenska psykoanalytiska föreningen
Västerlånggatan 60, 111 29 Stockholm