



MODELO DE LA CONSEJERÍA/DEPARTAMENTO DE SANIDAD O DE LA DIRECCIÓN DEL INSTITUTO DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA) DE CERTIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN EN EL TRAYECTO A DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA (Anexo II.B)

A petición de D^a/D _____, con DNI/NIE _____ y previa propuesta del Presidente de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente de Psiquiatría de _____.

CERTIFICA:

D^a/D _____, especialista en Psiquiatría ha cursado el Trayecto A previsto en la Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, entre _____ (*fecha inicio/fecha fin*), habiendo adquirido las competencias que le permiten realizar 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 las 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.b) y 1.c) de la Disposición adicional 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