



STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED

ATTESTATION FOR SUPPLERENDE PRAKTISK UDDANNELSE SOM KIROPRAKTOR (TURNUS)

Turnuskandidat _____ CPR-nr.: _____
Fulde navn (fornavne og efternavn)

Har virket som turnuskandidat i min klinik i henhold til bekendtgørelse nr. 650 af 26. juni 2009 om tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktor.

Fra (dd.mm.åååå) _____

Til (dd.mm.åååå) _____
Rettelser i perioden accepteres ikke

Ugentligt timetal _____

Superviserende kiropraktors underskrift

Dato

Den underskrivende supervisors navn og praksisadresse udfyldes med blokbogstaver og/eller stempel:

Navn

Autorisations ID

Adresse

Telefon

Email

Pågældende har gennemført og fået godkendt den teoretiske del samt uddannelsesprogrammet inkl. klinisk logbog.

Formand for turnusudvalget

Dato

Send attesten til
Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S