



Miejscowość i data, .....

### ZAŚWIADCZENIE O STAŻU KLINICZNYM

Oświadczam, że ..... (imię i nazwisko osoby stażującej)  
odbył/a staż kliniczny na oddziale psychiatrii całodobowej/psychiatrycznym oddziale dziennym/izbie  
przyjęć przy oddziale psychiatrycznym całodobowym\* w dniach ..... (wpisać  
zakres dat) w wymiarze ..... (wpisać ilość godzin). W ramach stażu  
..... (imię i nazwisko osoby stażującej) obserwował/a/uczestniczył/a w  
następujących aktywnościach i realizował/a następujące obowiązki:  
.....  
.....  
..... (zapis aktywności).

.....  
(pieczęć instytucji)

oraz

.....  
(czytelny podpis opiekuna/ki stażu: psychiatry/psychologa klinicznego/certyfikowanego  
psychoterapeuty/ki lub ordynatora/ki oddziału w placówce prowadzącej postępowanie  
diagnostyczne i terapeutyczne osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi)

\*niepotrzebne skreślić