

Nedanstående anställd i Region Gotland har erhållit undervisning, instruktion och efterföljande kunskapskontroll angående utförande av nedan angivna arbetsuppgifter. Han/hon äger rätt att självständigt och enligt föreskrifter utföra uppdraget

Namn på person som får delegering	Personnummer
Delegering för arbetsplats (ordinarie)	Befattning

**Delegeringen gäller följande uppgifter:**

---

---

---

**För patient:**

Namn..... Personnummer.....

Detta uppdrag skall omprövas vid behov dock senast ett år efter undertecknandet.

**Underskrifter:**

Datum:..... Underskrift:..... Signatur.....

Jag har fått utbildning och är väl förtrogen med arbetsuppgiften

Datum:..... Underskrift:..... Signatur.....

Delegerande ssk/dsk

Datum:..... Underskrift:.....

Delegatens enhetschef

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:17) och Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

Upprättad av: Elisabeth C Ekman  
Modifierad (sidhuvud) av:  
Leif Olsson (2017-06-13)