

# Delegering av arbetsuppgift/-er

- **Delegeringen gäller:**

- Namn: .....
- Yrkestitel: .....
- Arbetsplats: .....
- Beträffande vilken jag har personlig kännedom om att hen har erforderlig kompetens att utföra följande arbetsuppgift (-er): (precisera noggrant vilka arbetsuppgifter som avses)

- .....
- .....
- .....
- .....

- inom följande enhet: .....
- under tiden (max ett år) fr.o.m. .... t.o.m. ....
- Delegerat av (datum, underskrift) .....
- Namnförtydligande, yrkestitel .....

- 
- *Jag åtar mig arbetsuppgiften (-erna) och är medveten om mitt fulla yrkesansvar för den (de) delegerade arbetsuppgiften (-erna) samt är väl förtrogen med innehållet i Socialstyrelsens författning (SOSFS 1997:14) med föreskrifter och allmänna råd om delegering inom hälso- och sjukvård m.m.*

- Datum, underskrift .....

- 
- Detta beslut skrivs i två exemplar. Ett exemplar förvaras hos närmaste chef och ett exemplar behålls av den som mottagit arbetsuppgiften (-erna).

- **Återkallad delegation**
- Upphörande datum och signatur

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

• .....

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Blankettmall

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

**Godkänd av:** Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

**Dokument-ID:** SAS9642-738863596-392

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2024-12-17

**Giltig till:** 2026-12-17