# Delegering

## Delegering gäller:

Namn:

Yrkestitel:

Arbetsplats:

Beträffande vilken jag har personlig kännedom om hennes/hans medicinska yrkeskompetens att utföra följande arbetsuppgifter (-er): (noggrant angivande av arbetsuppgifter)

☐

☐

☐

☐

Inom följande enhet:

1. Under tiden (max ett år)

2. Eller vid följande tillfälle (-n)

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 sjukvården 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**: Uppdragstilldelning - tilldelning särksilda uppdrag

**Gäller för**: Södra Älvsborgs Sjukhus, Medicinklinik

**Innehållsansvar**: Malin Kroon, (malkr2), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Katarina Zamac, (katlu3), Verksamhetschef

**Dokument-ID**: SAS9666-1965828494-70

**Version**: 1.0

**Giltig från:** 2026-11-27

**Giltig till:** 2028-11-27