

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

| |
|--|
| |
|--|

Tjänstgöringsplats/enhet

| |
|--|
| |
|--|

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

| |
|--|
| |
|--|

Att legitimerade läkaren

| | |
|------|--------------|
| Namn | Personnummer |
|------|--------------|

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

| | | |
|-------------------|---------------|-------|
| Specialitet | | |
| Ort | Tjänsteställe | Datum |
| Namnunderskrift | | |
| Namnförtydligande | | |