

# INTYG

om genomförd utbildningsaktivitet och  
uppfyllda kompetenskrav

## Klinisk tjänstgöring under handledning

### Sökande

|              |         |
|--------------|---------|
| Efternamn    | Förnamn |
| Personnummer |         |

|                                             |
|---------------------------------------------|
| Specialitet som ansökan avser               |
| Delmål som intyget avser (t.ex. a1, b1, c1) |

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Tjänstgöringsställe och period (ååmmdd – ååmmdd) för den kliniska tjänstgöringen |
|----------------------------------------------------------------------------------|

|                                            |
|--------------------------------------------|
| Beskrivning av den kliniska tjänstgöringen |
|--------------------------------------------|

### Intygande

Sökanden har genomfört utbildningsaktiviteten och uppfyllt kompetenskrav i delmålet/-en.

### Handledare

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| Specialitet   |                    |
| Tjänsteställe | Ort och datum      |
| Namn-teckning | Namn-förtydligande |