

Underlaget gäller för Region Västmanland enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14, 2000:1 med ändringar i 2005:24, 2008:29, 2009:14 samt 2012:9).

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Arbetsplats	Titel

Delegerat av

Namn	Titel
------	-------

Avser tiden

Från och med 20 - -	Till och med 20 - -
------------------------	------------------------

Arbetsuppgift som delegerats

	Datum för beslutet 20 - -
--	------------------------------

Underskrift

Jag intygar att jag noggrant frågat och kontrollerat uppgiftsmottagaren om han/hon har tillräckliga kunskaper och erfarenheter för arbetsuppgiften.	Beslutat av Underskrift	Datum 20 - -
Jag åtar mig arbetsuppgiften och är införstådd med att jag har fullt yrkesansvar för den delegerade arbetsuppgiften.	Mottaget av Underskrift	Datum 20 - -
<i>Tagit del av</i> Titel	Ansvarig chef Underskrift	Datum 20 - -

Delegeringsbeslutet ändrat eller återkallat

Orsak	
Datum för beslutet 20 - -	Beslutat av