



HÄSSLEHOLMS
KOMMUN
OMSORGSFÖRVALTNING



OSBY
KOMMUN

2009-04-02

Namn	Yrkestitel	Personnummer	Underskrift

För kommunen

Jag intygar att ovanstående personer genomgått delegationsutbildning och/eller att de har tillräckliga kunskaper och erfarenhet för att fullgöra de delegerade uppgifterna på ett fullgott sätt och att de innehar delegation för motsvarande arbetsuppgifter inom den primärkommunala verksamheten.

Datum..... Yrkestitel/namn.....

Arbetsplats.....

För KVH

Ovanstående arbetsuppgifter kan delegeras enligt ovan sedan jag noggrant kontrollerat med ansvarig sjuksköterska i kommunen att arbetsuppgiften kan utföras på ett fullgott sätt av ovan namngivna personer.

För uppföljning av ovanstående delegerade insatser ansvarar KVH.

Datum..... Yrkestitel/namn.....

Arbetsplats.....

Kopia till MAS!