

Socialförvaltningen
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Annicka Pantzar

DELEGERING AV ARBETSUPPGIFT**Härmed delegeras:**

Namn _____

Personnummer _____

Arbetsplats _____

Befattning _____

för vilken jag bedömer har kunskap om samt kan utföra följande arbetsuppgift (-er) på ett fullt tillfredsställande sätt – dvs är reellt kompetent.

Beskriv arbetsuppgiften (-erna) samt under vilka förutsättningar densamma ska gälla.

Verkställa angiven arbetsuppgift under tiden:

Fr.o.m. _____ T.om. _____

Ort/datum _____

Namnunderskrift/befattning _____

Namnförtydligande _____

Undertecknad åtar arbetsuppgiften (-erna) och är införstådd med att fullt yrkesansvar följer densamma. Jag är förtrogen med riktlinjer för delegering i Ekerö kommun. Jag har tagit del av, Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvård. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Namnunderskrift _____ Sign. _____

Datum _____
(den som blir delegerad)

Delegering gjord i samarbete med Enhetschef

Underskrift Enhetschef_____
datum

