

# INTYG

## om uppnådd specialistkompetens

**Specialitet som ansökan avser**

**Sökande**

Efternamn	Förnamn
Personnummer	

Sökanden har

- fullgjort minst fem års tjänstgöring under handledning<sup>1</sup>,
- genomfört de föreskrivna utbildningsaktiviteterna som anges i målbeskrivningen, och
- uppfyllt kompetenskraven i målbeskrivningen.

Detta intygas av verksamhetschefen vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren huvudsakligen har genomfört sin specialiseringstjänstgöring och den huvudansvariga handledaren, i samråd med studierektorn.

**Verksamhetschefen har enligt 4 kap. 4 § utsett en läkare med specialistkompetens att bedöma ST-läkarens specialistkompetens**

Nej

<input type="checkbox"/> Ja	Ort och datum	Verksamhetschefens namnteckning
Namnförtydligande		Tjänsteställe

**Studierektor**

Efternamn	Förnamn
Tjänsteställe	

**Intygande**

**Verksamhetschefen/den läkare som har utsetts enligt 4 kap. 4 §**

Specialitet	
Tjänsteställe	
Namnteckning	
Personnummer	

**Huvudansvarig handledare**

Specialitet		Handledarutbildning (årtal)
Tjänsteställe		Ort och datum
Namnteckning		Namnförtydligande
Personnummer		

<sup>1</sup> För läkare som har en doktorsexamen enligt 6 kap. 2 § gäller minst fyra och ett halvt års tjänstgöring.