

## INTYG om uppnådd specialistkompetens

**Sökande**

Efternamn	Förnamn
Personnummer	Specialitet som ansökan avser

**Intygsutfärdande huvudansvarig handledare bedömer att sökanden har uppnått samtliga delmål i målbeskrivningen för specialiteten.**

Namnteckning	Orf och datum
Namnförtydligande	Personnummer
Specialitet	
Tjänsteställe	

**Intygsutfärdande specialistläkare, utöver den huvudansvariga handledaren, bedömer att sökanden har uppnått samtliga delmål i målbeskrivningen för specialiteten.**

Namnteckning	Orf och datum
Namnförtydligande	Personnummer
Specialitet	
Tjänsteställe	