

**INTYG**  
om genomförd utbildningsaktivitet och uppfyllda kompetenskrav  
  
**Klinisk tjänstgöring under handledning**

**Sökande**

Efternamn	Förnamn
Personnummer	Specialitet som ansökan avser

**Delmål som intyget avser** (t.ex. STa1, STb1, STc1)

Tjänstgöringsställe för klinisk tjänstgöring	Period (ååmmdd – ååmmdd)
Beskrivning av den kliniska tjänstgöringen	

**Intygsutfärdande handledare intygar att sökanden har genomfört utbildningsaktiviteten och bedömer att han eller hon har uppfyllt kompetenskrav i delmålet/-en.**

Namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer
Specialitet	
Tjänsteställe	