Rensa Skriv ut

Bilaga nr:

INTYG
om fullgjord specialiseringstjänstgöring

Sökande

Efternamn	**Förnamn**

Personnummer	**Specialitet som ansökan avser**

Tjänsteförteckning – Redovisning av specialiseringstjänstgöring

Tjänstgöringsställe (sjukhus, klinik, enhet eller annan specificering)	**Period** (ååmmdd-ååmmdd)	**Tjänstgöringens omfattning i procent av heltid**	**Tjänstgöringens omfattning omräknad till månader på heltid**

Tjänsteförteckning – Redovisning av specialiseringstjänstgöring (forts.)

Tjänstgöringsställe (sjukhus, klinik, enhet eller annan specificering)	**Period** (ååmmdd-ååmmdd)	**Tjänstgöringens omfattning i procent av heltid**	**Tjänstgöringens omfattning omräknad till månader på heltid**
		Summa	

Intygsutfärdande huvudansvarig verksamhetschef intygar att sökanden har fullgjort specialiseringstjänstgöring enligt tjänsteförteckningen.

Namnteckning	**Ort och datum**
Namnförtydligande	
Tjänsteställe	