

Socialkontoret  
Annicka Pantzar  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

**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/ sektionschef

---

Underskrift, enhetschef/ sektionschef/ arbetsledare  
Kopia till MAS

datum

