EKERÖ KOMMUN

Bilaga 2:1
Rev. 2024-11-22

Socialförvaltningen
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

FYLL I DENNA BLANKETT ENDAST VID UNDANTAGSFALL!
ANNARS I ERA DIGITALA SYSTEM (ALFA ECARE SIGNIT ELLER SAFEDOC)

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 (1997:14) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvård (2017:37). Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Namnunderskrift _____ Sign._____
Datum_____
(den som blir delegerad)
Delegering gjord i samarbete med enhetschef/ sektionschef

_____
Underskrift, enhetschef/ sektionschef/ arbetsledare datum

Förlängning av delegering

Obs! Måste kopieras på baksidan av samma papper som primärdelegationen. Sparas minst 10 år efter att beslutet upphört att gälla.

Fr.o.m. – T.o.m. (År-månad- dag)	Namnunderskrift och datum (den som delegerar)	Namnunderskrift (den som delegeras)