





Primärvården



Kristianstads kommun



Östra Göinge kommun



Bromölla kommun

**Gäller fr.om 2013-10-25**

Ersätter 2012-03-23

Ersätter 2012-01-26

Ersätter 2010-04-29

Ersätter 2009-04-02 (Hässleholm)

Ersätter 2008-12-05 (Kristianstad)

Namn	Yrkestitel	Personnummer	Underskrift	Signatur

**För kommunen**

Jag intygar att ovanstående personer genomgått delegationsutbildning och/eller att de har tillräckliga kunskaper och erfarenhet för att fullgöra de delegerade uppgifterna på ett fullgott sätt och att de innehar delegation för motsvarande arbetsuppgifter inom den primärkommunala verksamheten.

Datum ..... Yrkestitel/namn.....

Arbetsplats.....

**För Palliativ vård och ASIH**

Ovanstående arbetsuppgifter kan delegeras enligt ovan sedan jag noggrant kontrollerat med ansvarig sjuksköterska i kommunen att arbetsuppgiften kan utföras på ett fullgott sätt av ovan namngivna personer. För uppföljning av ovanstående delegerade insatser ansvarar Palliativ vård och ASIH.

Datum ..... Yrkestitel/namn.....

Arbetsplats.....