

## INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende  
**KLINISK TJÄNSTGÖRING**

Avsedd specialistkompetens

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

Tjänstgöringsplats/enhet

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan  
intygas av undertecknad handledare

Specialitet		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		