



Återkallelse av delegeringsbeslut

Jag återkallar härmed delegeringen för

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet	Befattning/yrkestitel
Beslutet gäller från och med	

Namnunderskrift sjuksköterska	Namnförtydligande	Datum
-------------------------------	-------------------	-------

Jag är medveten om att delegeringsbeslutet är återkallat och att jag inte får utföra den tidigare delegerade arbetsuppgiften

Namnunderskrift delegat	Namnförtydligande	Datum
-------------------------	-------------------	-------

Som verksamhetschef är jag informerad om beslutet

Namnunderskrift verksamhetschef	Namnförtydligande	Datum
---------------------------------	-------------------	-------

Kopia till

<input type="checkbox"/>	Verksamhetschef
<input type="checkbox"/>	Delegerande sjuksköterska
<input type="checkbox"/>	Delegat
<input type="checkbox"/>	MAS