Återkallelse av delegeringsbeslut

Undertecknad återkallar härmed delegeringen för:

_____ _____-_____ _____
Namn Personnr Befattning

_____
Arbetsplats

_____
Beslutet gäller fr.o.m.

_____ _____ _____
Datum Ort Namnteckning/namnförtydligande sjuksköterska

Undertecknad är medveten om att delegeringsbeslutet är återkallat och därmed får inte den tidigare delegerade arbetsuppgiften utföras.

_____ _____ _____
Datum Ort Namnteckning/namnförtydligande

Undertecknad enhetschef är informerad om beslutet:

_____ _____ _____
Datum Ort Namnteckning/namnförtydligande enhetschef

Dokumentet upprättas så att sjuksköterska, enhetschef och berörd personal erhåller varsitt exemplar.