Upprättare: Annika H Kandén

Fastställare: Martin Andersson

Delegation för förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR®, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Nedanstående (icke legitimerade) medarbetare har erhållit avsedd utbildning och bedöms ha kompetens att självständigt förskriva fysisk aktivitet på recept, FaR®, i samband med Rådgivande samtal vid otillräcklig fysisk aktivitet - i enlighet med rutinen *Förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR® - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg.* Dokument-ID: 09-900855.

Medarbetare

För- och efternamn	Personnummer
Arbetsplats (VE)	**Yrkestitel**
Närmaste chef (namn)	

Uppgiften delegeras av

Namn (VC eller VEC)	Yrkestitel

Uppgiften delegeras under perioden

Från och med (år-månad-dag)	Till och med (år-månad-dag)

Underskrift

Jag intygar att jag noggrant kontrollerat att uppgiftsmottagaren har tillräckliga kunskaper för arbetsuppgiften - i enlighet med rutinen Förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR® - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg. Dokument-ID: 09-900855.	
Beslutat av (namnunderskrift)	**Datum (år-månad-dag)**
Jag åtar mig arbetsuppgiften och är införstådd med att jag har fullt yrkesansvar för den delegerade arbetsuppgiften.	
Mottagen av (namnunderskrift)	**Datum (år-månad-dag)**

Delegationsbeslutet ändrat eller återkallat

Orsak	
Datum för beslut	
Beslutat av *(namnunderskrift, titel)*	

Delegeringsbeslutet undertecknas i två exemplar. Ett exemplar förvaras hos närmaste chef/ledningsfunktion och ett exemplar behålls av den som mottagit arbetsuppgiften.