

Delegation för förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR®, Hälsö- 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 beskrivningen *Fysisk aktivitet på recept, FaR®*, [Dokument ID: 09-622705](#).

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 beskrivningen Fysisk aktivitet på recept FaR®, Hälsö- och sjukvård Region Gävleborg, Dokument ID: 09-327542. 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.