

Personuppgifter som lämnas på denna ansökningsblankett registreras av Socialstyrelsen i ett ärendehanteringssystem. Uppgifter om utfärdat behörighetsbevis överförs till Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Både ärendehanteringssystemet och HOSP uppdateras med vissa folkbokföringsuppgifter.

## ANSÖKAN om specialistkompetens

Specialistkompetens i

Sänds in till:

**Socialstyrelsen**  
**Enheten för juridik och behörighet**  
**106 30 STOCKHOLM**

### Personuppgifter Var god fyll i tydligt!

Efternamn, samtliga förnamn (tilltalsnamnet understruket eller med versaler)		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon bostaden (inkl. riktnummer)
Postnummer	Postort	Telefon arbetet (inkl. riktnummer)
E-postadress		Tjänsteställe (sjukhus, vårdcentral etc.)

### Utbildning Ange datum (år, månad, dag) vid de olika alternativen

#### Läkare med svensk examen

Läkarexamen (datum)	Läkarlegitimation (datum)
Tidigare erhållen specialistkompetens i	

#### Läkare med utländsk examen och kompletterande utbildning i Sverige

Läkarexamen/land	Läkarlegitimation/land
Tidigare erhållen utländsk specialistkompetens i	Svensk läkarlegitimation (datum)

### Avgift

Enligt 11 § avgiftsförordningen (1992:191) skall sökanden ha betalt en avgift innan ansökan handläggs. Avgiften för specialistkompetens är 2 000 kronor. Avgiften betalas in till Socialstyrelsen, PlusGirokonto 95 39 10-7.

**Observera** att vid inbetalningen är det viktigt att **personnummer** anges, ingenting annat får skrivas i meddelanderutan!

### Socialstyrelsens anteckningar

Åtgärder	Datum för bevis
----------	-----------------



## Vidareutbildningskurser

--

## Övriga meriter av betydelse för den sökta specialiteten

--

## Underskrift

-----  
(Ort, datum)

-----  
(Sökandens underskrift)

*Att denna meritförteckning överensstämmer med oss företedda originalhandlingar intygas:*

Namnsteckning
Namnförtydligande
Utdelningsadress
Postnr och postort

Namnsteckning
Namnförtydligande
Utdelningsadress
Postnr och postort

# INTYG

## om uppnådd kompetens enligt målbeskrivning för specialiseringstjänstgöring (ST)

### Undertecknad verksamhetschef (läkare)\* intygar – i samråd med berörda handledare – att legitimerade läkaren

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

### tillägnat sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i fastställd målbeskrivning för specialiteten

Specialitet		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		
Namnunderskrift studierektor		
Namnförtydligande		

### Tillstyrkan av handledare med specialistkompetens i den sökta specialiteten

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	Tjänsteställe

### Samråd har skett med undertecknade verksamhetschefer vid andra vårdenheter

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	Tjänsteställe

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	Tjänsteställe

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	Tjänsteställe

\* Eller den läkare med relevant specialistkompetens som verksamhetschefen uppdragit åt att utfärda intyg om specialiseringstjänstgöring.