

**Intyg klinisk tjänstgöring**

**(bifogas ansökan om ALF forskningsutrymme för ST-läkare)**

Härmed intygas att *sökandes namn* garanteras klinisk tjänstgöring med *X* % (ange 50-75%) per år om *sökandes namn* får tilldelning av ALF forskningsutrymme för ST-läkare.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift verksamhetschef/motsvarande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande