

**Intyg klinisk tjänstgöring**

**(bifogas ansökan om ALF forskningsutrymme för Yngre forskare)**

Härmed intygas att *sökandes namn* är verksam kliniskt med patientnära arbete och är finansierad av sjukvårdsproduktion.

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

Datum

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

Underskrift verksamhetschef/motsvarande

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

Namnförtydligande