

## INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende  
AUSKULTATION

Avsedd specialistkompetens

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

Tjänstgöringsplats/enhet

Tjänstgöringstid

Att legitimerade läkaren

Namn

Personnummer

har genomgått godkänd auskultation och uppnått avsedd kompetens enligt ovan  
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort

Tjänsteställe

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande