

LÄKARINTYG

för utredning i ärende enligt lagen
(1994:261) om **fullmaktsanställning**

Detta formulär ska användas av läkare som Socialstyrelsen på begäran av Statens ansvarsnämnd utser enligt 17 § anställningsförordningen (1994:373) för att utföra läkarundersökning av arbetstagare som är anställda med fullmakt hos myndighet under regeringen.

Enligt 11 § lagen (1994:261) om fullmaktsanställning får beslutas att en arbetstagare ska undersökas av läkare som anvisas honom, om arbetstagaren inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller något jämförligt förhållande.

Till

Statens ansvarsnämnd**Personuppgifter för den som intyget avser**

Efternamn och förnamn		Personnummer
Identiteten styrkt genom	Yrke/titel	Telefon (inkl. riktnummer)

Intygspersonens arbetsgivare

Arbetsgivarens namn		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort

Underlag för bedömningen

Anamnes
Nuvarande hälsotillstånd

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den undersökte på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom är för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i fullmaktsanställningen tillfredsställande (jfr 6 § första stycket 1 lagen om fullmaktsanställning)

Utfåtande

Jag intygar att jag i förhållande till den undersökte har en oberoende ställning och att jag efter utredning som innefattar undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

.....
(Den undersöktes namn)

på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom

är är inte för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i sin fullmaktsanställning tillfredsställande.

Den intygsutfärdande legitimerade läkarens underskrift

Namnteckning		Datum
Namnförtydligande		Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	