**Attestskjema for kiropraktor under veiledning**

|  |  |
| --- | --- |
| Kandidatens navn:  |  |
| Praksisstedets navn: |  |
| Praksisstedets adresse: |  |
| Veileders navn: |  |
| Veileders HPR-nummer:  |  |

**Praksisperiodens varighet:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Startdato (dd.mm. år) |  | Sluttdato (dd.mm. år) |  |
| Stillingsandel:  |  | Antall veiledninger: |  |
| Antall fraværsdager: |  | Antall feriedager: |  |

Beskrivelse av arbeidsoppgaver: (legg ved ekstra ark dersom det ikke er tilstrekkelig plass i tekstboksen)

Jeg bekrefter at jeg ikke er inhabil jf. Helsepersonelloven § 6 første og annet ledd, og at det ikke foreligger forhold som kan svekke tilliten til de opplysninger som fremkommer i attesten her

Ja [ ]  Nei [ ]

Kommentar:

Jeg bekrefter at opplysningene som oppgis her er sannferdige og i tråd med Helsepersonelloven § 15 om krav til attester, erklæring o.l.

Ja [ ]

Kommentar:

**Dato:** **Veileders signatur:**