Tjänstbarhetsintyg för arbete med bly

Namn	Personnummer eller motsvarande

Identiteten ska styrkas. (HSLF-FS 2018:54)

har genomgått en läkarundersökning med bedömning för tjänstbarhetsintyg enligt bilaga 7, AFS 2023:15 *. Resultatet från denna undersökning medger sådant arbete som anges i 7 kap. 1 §.

Tjänstbarhetsintyget gäller under perioden

Från och med *datum (år, månad, dag)*	**Till och med** *datum (år, månad, dag)*

Eventuella kommentarer

Nästa medicinska kontroll föreslås ske senast *(år, månad)*

Utfärdaren av detta tjänstbarhetsintyg har den kompetens som anges i del A i bilaga 7, AFS 2023:15 *

Datum *(år, månad, dag)*	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning/specialistkompetens	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget

* Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:15) om medicinska kontroller i arbetslivet