

ATTESTATION FOR VIRKE SOM KLINISK TANDTEKNIKERASSISTENT

Undertegnede superviserende kliniske tandtekniker eller tandlæge attesterer med min underskrift varigheden af nedenstående ansættelse. Jeg er bekendt med, at denne attestations er grundlag for Styrelsen for Patientsikkerheds meddelelse af autorisation som klinisk tandtekniker, jf. § 64, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. (Lovbekendtgørelse nr. 122 af 24. januar 2023).

Klinisk tandteknikerassistent _____
Fulde navn (fornavne og efternavn)

har været beskæftiget som klinisk tandteknikerassistent

fra (dd.mm.åååå) _____

til (dd.mm.åååå) _____
Rettelser i perioden accepteres ikke

i alt _____ måneder med et samlet timetal på _____

Superviserende klinisk tandtekniker/tandlæges underskrift

Dato

Den underskrivende kliniske tandtekniker/tandlæges navn og praksisadresse udfyldes med blokbogstaver og/eller stempel:

Navn

Autorisations ID

Adresse

Telefon

CVR-nummer