

Verksamhetsstyrning och stöd
HR-enheten

BLANKETT FÖR FÖRSÄKRAN OM
OBEROENDESTÄLLNING OCH
JÄV
2014-05-13

Diarienummer
HSN 1305-0535

Uppgifter om delägarskap/styrelsepost/aktieinnehav etcetera i vårdföretag.

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Befattning
Avdelning/enhet	

Jag har tagit del av Hälso- och sjukvårdsförvaltningens information om oegentligheter och jäv.

Jag har eget delägarskap i vårdföretag eller andra företag som har materiella intressen i hälso-och sjukvårdsförvaltningens verksamhet¹:

Jag har nära anhörig² med delägarskap i vårdföretag eller andra företag som har materiella intressen i hälso-och sjukvårdsförvaltningens verksamhet:

Jag har egen styrelsepost i ett vårdföretag eller andra företag som har materiella intressen i hälso-och sjukvårdsförvaltningens verksamhet:

Jag har nära anhörig med styrelsepost i följande vårdföretag eller andra företag som har materiella intressen i hälso-och sjukvårdsförvaltningens verksamhet:

¹ Med materiella intressen avses till exempel IT-system, IT-företag, läkarmottagning, sjukhus, byggprospektering, läkemedelsbolag etcetera.

² Med närstående menas far- och morföräldrar, föräldrar, make, barn och barns make, syskon, syskons make och barn eller den som på något annat sätt står personligen särskilt nära medarbetaren. Med barn menas även styvbarn och foster-barn. Med makar jämställs även personer som ingått registrerat partnerskap eller som är sammanboende. Som närstående räknas även en juridisk person som medarbetaren själv eller tillsammans med en närstående har bestämmande inflytande i.

Jag har eget aktieinnehav i följande vårdföretag eller företag med exponering mot vårdföretag:

Jag har nära anhörig med aktieinnehav i följande vårdföretag eller företag med exponering mot vårdföretag:

Jag har nära anhörig med anställning i ledande ställning hos följande vårdgivare:

Jag har inget av ovanstående

Jag försäkrar att anmäla till arbetsgivaren om en förändring sker

Stockholm den _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Beslut enligt delegationsordningen

Stockholm den _____ 2014

Godkänns

Godkänns ej

Enhetschef/avdelningschef _____

Underskrift

Namnförtydligande _____

Samråd

Avdelningschef/Direktör _____

Underskrift

Namnförtydligande _____

Ifylld försäkran skickas till

Torkel Forsberg, VoS, HSF

Hantverkargatan 11 B, 4tr

för granskning och arkivering.