

Tystnadsplikt

Härmed erkännes att jag tagit del av **tystnadsplikten** för allmän verksamhet utifrån **Offentlighets och sekretesslag** (2009:400), och **Patientsäkerhetslagen** (2010:659), **Patientdatalag** 2008:355, samt tagit del av Region Hallands [fotoförbud](#).

Ort och dag

Personnummer

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Kurs