

## Tystnadsplikt

Härmed erkännes att jag tagit del av **tystnadsplikten** för allmän verksamhet utifrån **Offentlighets och sekretesslag** (2009:400) 1 och 7 kap, och **Patientsäkerhetslagen** (2010:659) 6 kap, **Patientdatalag** 2008:355

---

Ort och dag

---

Personnummer

---

Namnunderskrift

---

Namnförtydligande

---

Kurs