# Rollrevision

### VO:Datum:

|  |
| --- |
| Borttagande av roller |
| **Specialitet**  | **Yrke** | **Subspecialitet**  | **Arbetsuppgifter (ansvar och befogenheter)** | **Formell kompetens (utbildning)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ifyllt formulär skickas till: kompetensplanering@regiongavleborg.se