# Rollrevision

### VO: Datum:

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

Ifyllt formulär skickas till: [kompetensplanering@regiongavleborg.se](mailto:kompetensplanering@regiongavleborg.se)