**eAT-prov**

***Vänligen maila ifylld mall till*** [***at-kansli@ki.se***](mailto:at-kansli@ki.se)

**AT läkares Namn**: ………………………………

**Personnummer**: ………………………….…….

**E-postadress**: ………………………………….…

**Omrättning önskas av:**

Fall 1

Fall 2

Fall 3

Fall 4

**Dokumentet ska bestå av:**

1. **Fråga**
2. **Svarsförslag**
3. **Ditt svar**
4. **Din motivering för omrättning**

|  |
| --- |
| **Fall 1**   1. **Fråga** 2. **Svarsförslag** 3. **Ditt svar** 4. **Din motivering för omrättning** |

|  |
| --- |
| **Fall 2**   1. **Fråga** 2. **Svarsförslag** 3. **Ditt svar** 4. **Din motivering för omrättning** |

|  |
| --- |
| **Fall 3**   1. **Fråga** 2. **Svarsförslag** 3. **Ditt svar** 4. **Din motivering för omrättning** |

|  |
| --- |
| **Fall 4**   1. **Fråga** 2. **Svarsförslag** 3. **Ditt svar** 4. **Din motivering för omrättning** |