**eAT-prov**

***Vänligen maila ifylld mall till*** ***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**
 |