

Arbejdsgivererklæring til brug for ansøgning om dispensation og autorisation som kontaktlinseoptiker

Jeg attesterer som arbejdsgiver med min underskrift, at optikeren, som erklæringen vedrører, har opretholdt sin viden inden for branchen ved at virke som optiker i den attesterede periode.

Jeg er bekendt med, at denne attestations danner grundlag for Styrelsen for Patientsikkerheds dispensationsafgørelse med henblik på opnåelse af autorisation som kontaktlinseoptiker, jf. § 68, stk. 1, i autorisationsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019, som ændret ved lov nr. 1855 af 9. december 2020.

Navn på optiker (ansøger)

AutorisationsID (ansøger)

har været beskæftiget

Fra (dd.mm.åååå) Til (dd.mm.åååå)

Rettelser i perioden accepteres ikke

Ugentligt timetal

Arbejdsgivers navn og adresse udfyldes med blokbogstaver og/eller stempel:

Navn

Autorisations ID

Adresse

Telefon

E-mail

Dato

underskrift fra
arbejdsgiver

Ansøger skal sende den originale attest sammen med ansøgningen til

Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S