

**AFIS-personal**

Namn	Personnummer
Lokal behörighet ATS-enhet (ex. ATS ESXX)	Giltighetstid (ÅÅ-MM-DD – ÅÅ-MM-DD)

**Bedömarens underskrift**

Ort	Datum	Bedömare som genomfört bedömning för utfärdande/förlängning/ förnyelse av lokal behörighet
		Namnförtydligande och telefonnummer