

## Habilitetserklæring

### Opgavetype

| Spørgsmål                                         | Svar                                                                                          |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 Hvad skal du lave for Sundhedsstyrelsen?      | Jeg skal rådgive, undervise eller behandle sager for eller i samarbejde med Sundhedsstyrelsen |
| Angiv gruppe                                      | Partnerskab for ældrepleje i praksis                                                          |
| Angiv 2. gruppe, hvis du er medlem af to grupper  |                                                                                               |
| Angiv 3. gruppe, hvis du er medlem af tre grupper |                                                                                               |

### Personoplysninger

| Spørgsmål                | Svar               |
|--------------------------|--------------------|
| Navn                     | Per Tostenæs       |
| Titel                    | Chefkonsulent      |
| E-mail                   | pto@aeldresagen.dk |
| Virksomhed / institution | Ældre Sagen        |
| Speciale                 | Generalist         |

### Oplysninger om personlige interesser

| Spørgsmål                                                                                                                                                           | Svar |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.1 Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.               | Nej  |
| Hvilke?                                                                                                                                                             |      |
| 3.2 Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. | Nej  |
| Hvilke?                                                                                                                                                             |      |

| Spørgsmål                                                                                                                                                                                                                                           | Svar |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.3 Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. | Nej  |
| Hvilke? For advisory boards og anden rådgivning skal du også angive emnet, du har rådgivet om.                                                                                                                                                      |      |
| 3.4 Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.                                                                                                                           | Nej  |
| Hvilke?                                                                                                                                                                                                                                             |      |
| 3.5 Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen.       | Nej  |
| Hvilke?                                                                                                                                                                                                                                             |      |
| 3.6 Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?                                                                     | Nej  |
| Hvem?                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| 3.7 Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?                                                                                                       | Nej  |
| Hvilke?                                                                                                                                                                                                                                             |      |
| 3.8 Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?                                                                                                                                                      | Nej  |
| Hvilke?                                                                                                                                                                                                                                             |      |

## Underskriv din erklæring

| Spørgsmål                                                                                                                                                                                                                               | Svar       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår. | Valgt      |
| Udfyldt dato                                                                                                                                                                                                                            | 28-11-2024 |

Underskrifterne i dette dokument er juridisk bindende. Dokumentet er underskrevet med Addo Sign sikker digital underskrift.  
Underskrivers identitet er fysisk registreret i det elektroniske PDF dokument og vist herunder.  
Alle tider er angivet i Universaltid (UTC).

## Underskrivere



**Per Tostenæs**  
60c04c28-8567-48ab-bf49-feacc086bd6b 2024-11-28 12:45:11Z

## Dokumenter i transaktionen

habilitet.pdf SHA256: b026ec8f30c0f13a94f6f6d51664a9f8b7cb0d4af945d5e6f74bcac4cb64c155

Addo Sign identifikationsnummer: b4b68092-b6b2-494a-9b2d-68f54d39861b



Dokumentet er underskrevet digitalt med Addo Sign sikker signeringservice. Signeringsbeviserne i dokumentet er sikret og valideret ved anvendelse af den matematiske hashværdi af det originale dokument. Dokumentet er låst for ændringer og tidsstemplet med et certifikat fra en betroet tredjepart. Alle kryptografiske signeringsbeviser er indlejret i PDF dokumentet, i tilfælde af de skal anvendes til validering i fremtiden.

Sådan verificeres dokumentets ægthed  
Dokumentet er beskyttet med Adobe CDS certifikat. Når dokumentet åbnes i Adobe Reader, vil det fremstå som være underskrevet med Addo Sign signeringservice.