

Hakemus: Lääkärin rajoitettu toimilupa

Hakija täyttää

Hakijan tiedot

Sukunimi (myös entiset) _____

Etunimet _____

Henkilötunnus / syntymäaika _____

☐ Sitoudun ilmoittamaan Lupa- ja valvontavirastolla suomalaisen henkilötunnukseni heti sen saatuani

Kansalaisuus _____

Äidinkieli _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Asuinkunta / maa _____

Puhelin _____ Sähköpostiosoite _____

☐ Annan suostumukseni siihen, että täydennyspyynnöt voidaan toimittaa minulle sähköpostitse.

Suoritettu tutkinto / koulutus _____

Oppilaitos _____ Valmistumispäivä _____

Tampereen yliopiston

1. tentti suoritettu (pvm) _____

2. tentti suoritettu (pvm) _____

Päiväys ja paikka _____

Haluan päätöksen (*päätös annetaan vain toisella kielellä*)

☐ suomeksi

☐ ruotsiksi

Työnantaja täyttää

Työnantajan tiedot

Toimipaikka (*sairaala/ erikoisala / terveyskeskus*)

OID-yksilöintitunnus _____ Toimiaika _____

Päiväys ja paikka _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Puhelin _____ Sähköpostiosoite _____

Käsittely

Asian käsittelystä peritään maksu.

Liitteet

Tieto vaadittavista liiteasiakirjoista löytyy Lupa-ja valvontaviraston sivustolta.

Lähtettäminen

Lähetä lomake liitteineen postitse osoitteella

Lupa-ja valvontavirasto, PL 20, 13035 LVV.

Vaihtoehtoisesti voit toimittaa täytetyn lomakkeen liitteineen sähköpostin liitetiedostona osoitteeseen kirjaamo@lvv.fi. Koska sähköpostia ei suositella salassa pidettävien tietojen lähettämiseen, voit käyttää lähettämiseen [turvaviestiä](#).

[Lisätietoja aineiston toimittamisesta sähköpostitse Lupa-ja valvontavirastoon.](#)