

**Valvira**Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto**LÄÄKÄRIN RAJOITETTU TOIMILUPA****Hakemus**

|                                                                                                                     |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Sukunimi (myös entiset)                                                                                             |                  |
| Etunimet                                                                                                            |                  |
| Henkilötunnus                                                                                                       |                  |
| Kansalaisuus                                                                                                        |                  |
| Äidinkieli                                                                                                          |                  |
| Lähiosoite                                                                                                          |                  |
| Postinumero                                                                                                         | Postitoimipaikka |
| Asuinkunta                                                                                                          | Puhelin          |
| Sähköposti                                                                                                          |                  |
| <input type="checkbox"/> Annan suostumukseni siihen, että täydennyspyynnöt voidaan toimittaa minulle sähköpostitse. |                  |
| Suoritettu tutkinto                                                                                                 | Valmistumispäivä |
| Oppilaitos                                                                                                          |                  |
| Tampereen yliopiston tentit suoritettu                                                                              |                  |
| 1. tentti (pvm)                                                                                                     | 2. tentti (pvm)  |
| Paikka ja aika                                                                                                      |                  |

**Allekirjoitus**

|               |                |
|---------------|----------------|
| Allekirjoitus | Nimenselvennys |
|---------------|----------------|

**Työnantaja täyttää**

|                                                    |                      |
|----------------------------------------------------|----------------------|
| Toimipaikka (Sairaala, erikoisala / terveyskeskus) | OID-yksilöintitunnus |
| Toimiaika                                          | Paikka ja aika       |
| Allekirjoitus                                      | Nimenselvennys       |
| Sähköposti                                         | Puhelinnumero        |

**Päätös (myös kielteinen) on maksullinen.**

|                                                                               |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Lähetä tulostettu ja allekirjoitettu lomake liitteineen postitse osoitteella: | Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira<br>PL 210<br>00281 Helsinki |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|