



**Valvira**

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

**HAKEMUS**

**Oikeus toimia säteilyyn  
perehtyneenä työterveyslääkärinä**

**Henkilötiedot**

Sukunimi		
Etunimet		
Henkilötunnus		
Lähiosoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	
Sähköpostiosoite		Puhelin

**Säteilylääkärikoulutus**

Koulutuksen järjestäjä ja ajankohta
-------------------------------------

**Allekirjoitus**

Paikka	Päiväys
Allekirjoitus	Nimenselvennys

**Hakemuksen liitteet**

- Jäljennös säteilysuojelukoulutuksesta saadusta todistuksesta.
- Jäljennös työterveyshuollon erikoislääkärin koulutuksesta tai työterveyshuollon pitkän kurssin suorittamisesta annetusta todistuksesta.

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

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