



Valvira

Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut _____

Diaarinumero _____

Hakemus: Oikeus toimia säteilyyn perehtyneenä työterveyslääkärinä

Sukunimi (myös entiset) _____

Etunimet _____

Henkilötunnus _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Asuinkunta / maa _____

Puhelin _____ Sähköpostiosoite _____

Annan suostumukseni siihen, että täydennyspyynnöt voidaan toimittaa minulle sähköpostitse.

Säteilylääkärikoulutuksen järjestäjä _____

Koulutuksen ajankohta _____

Haluan päätöksen (*päätös annetaan vain toisella kielellä*)

suomeksi ruotsiksi

Päiväys ja paikka _____



Valvira

Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut _____

Diaarinumero _____

Liitteet

1. Jäljennös säteilysojelukoulutuksesta saadusta todistuksesta.
2. Jäljennös työterveyshuollon erikoislääkärin koulutuksesta tai työterveyshuollon pitkän kurssin suorittamisesta annetusta todistuksesta.

Käsittely

Asian käsittelystä peritään [maksu](#).

Lähtettäminen

Lähetä tulostettu lomake liitteineen postitse osoitteella Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, PL 43, 00521 Helsinki.

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