



**Valvira**

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut \_\_\_\_\_

Diaarinumero \_\_\_\_\_

## Hakemus: Lääkäriin rajoitettu toimilupa

Hakija täyttää

### Hakijan tiedot

Sukunimi (myös entiset) \_\_\_\_\_

Etunimet \_\_\_\_\_

Henkilötunnus / syntymäaika \_\_\_\_\_

Sitoudun ilmoittamaan Valviralle suomalaisen henkilötunnukseni heti sen saatua.

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



**Valvira**

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut \_\_\_\_\_

Diaarinumero \_\_\_\_\_

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 Valviran sivustolta.

**Lähtettäminen**

Lähetä 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](mailto:kirjaamo@valvira.fi). Koska sähköpostia ei suositella salassa pidettävien tietojen lähettämiseen, voit käyttää lähettämiseen [turvaviestiä](#).