



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

Ifylls av myndigheten

Ankomstdatum _____

Diarienummer _____

ANSÖKAN Rätt att verka som företagsläkare förtrogen med effekterna av strålning

Efternamn (*samt tidigare*) _____

Samtliga förnamn _____

Personbeteckning _____

Näraddress _____

Postnummer _____ Postort _____

Bostadskommun / land _____

Telefon _____ E-post _____

Jag ger mitt samtycke till att begäran om komplettering av ansökan kan skickas via e-post.

Utbildningsanordnare _____

Utbildningens tidpunkt _____

Jag önskar att få beslutet på (*bara ett alternativ*)

finska svenska

Datum och ort _____



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

Ifylls av myndigheten

Ankomstdatum _____

Diarienummer _____

Bilagor

1. Kopia av intyg över strålskyddsutbildning.
2. Kopia av specialistläkarutbildning i företagshälsovård eller intyg över godkänd lång kurs i företagshälsovård.

Behandlingen

Handlingen är [avgiftsbelagd](#).

Skickande

Sänd den ifyllda blanketten med bilagor per post till adressen: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira, PB 43, 00521 Helsingfors.

Alternativt kan du skicka det ifyllda formuläret med bilagor som en e-postbilaga till kirjaamo@valvira.fi. Eftersom det inte är rekommenderat att skicka sekretessbelagd information med e-post, du kan skicka säker post genom [Turvaviestitjänsten](#).