



Valvira

Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut _____

Diaarinumero _____

Hakemus: Hammaslääkärin rajoitettu toimilupa

Hakija täyttää

Hakijan tiedot

Sukunimi (myös entiset) _____

Etunimet _____

Henkilötunnus / syntymäaika _____

Sitoudun ilmoittamaan Valviralle suomalaisen henkilötunnukseni heti sen saatuani.

Kansalaisuus _____

Äidinkieli _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Asuinkunta / maa _____

Puhelin _____ Sähköpostiosoite _____

Annan suostumukseni siihen, että täydennyspyynnöt voidaan toimittaa minulle sähköpostitse.

Suoritettu tutkinto / koulutus _____

Oppilaitos _____ Valmistumispäivä _____

Turun ja Helsingin yliopiston vaatimat pätevyyskuulustelut 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

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. Koska sähköpostia ei suositella salassa pidettävien tietojen lähettämiseen, voit käyttää lähettämiseen [turvaviestiä](#).