

Vid prövningen gör vi en kontroll mot belastningsregistret enligt 16 C § och 20 § förordningen (1999:1134) om belastningsregister.

De personuppgifter som du lämnar på blanketten registreras i ett ärendehanteringssystem..

Skicka ansökan till
Socialstyrelsen
Behörighet
106 30 STOCKHOLM

Yrke

<input type="checkbox"/> Apotekare	<input type="checkbox"/> Barnmorska	<input type="checkbox"/> Läkare
<input type="checkbox"/> Receptarie	<input type="checkbox"/> Tandläkare	

Tidsperiod

Från och med, till och med (ååmmdd – ååmmdd)
--

Uppgifter om tjänstgöraren

Namn, samtliga förnamn (stryk under tilltalsnamnet)	E-postadress
Personnummer eller födelsedatum	Telefonnummer

Uppgifter om verksamheten

Verksamhet	Klinik/avdelning
Adress	

Uppgifter om verksamhetschefen

Namn	E-postadress
Personnummer	Telefonnummer

Uppgifter om handledaren

Namn	E-postadress
Personnummer	Telefonnummer

Verksamhetschefens underskrift

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------