

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. Uppgifter om legitimation läggs även in i Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal enligt förordning (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal. Uppgifterna i registret uppdateras automatiskt med folkbokföringsuppgifter.

Skicka ansökan till
**Socialstyrelsen
Behörighet
106 30 STOCKHOLM**

Personuppgifter

| | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efternamn, samtliga förnamn (stryk under det förnamn du använder) | | Personnummer |
| Adress | | Telefonnummer |
| Postnummer | Ort | Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Annat |
| E-postadress | | |

Yrke

| | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apotekare | <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> Ortopedingenjör | <input type="checkbox"/> Sjuksköterska |
| <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut | <input type="checkbox"/> Kiropraktor | <input type="checkbox"/> Psykolog | <input type="checkbox"/> Tandhygienist |
| <input type="checkbox"/> Audionom | <input type="checkbox"/> Logoped | <input type="checkbox"/> Psykoterapeut | <input type="checkbox"/> Tandläkare |
| <input type="checkbox"/> Barnmorska | <input type="checkbox"/> Läkare | <input type="checkbox"/> Receptarie | |
| <input type="checkbox"/> Biomedicinsk analytiker | <input type="checkbox"/> Naprapat | <input type="checkbox"/> Röntgensjuksköterska | |
| <input type="checkbox"/> Dietist | <input type="checkbox"/> Optiker | <input type="checkbox"/> Sjukhusfysiker | |

| | |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avgiften är betald | Datum för betalning _____ |
|---------------------------------------------|---------------------------|

Övriga upplysningar

| |
|------------------------------------------|
| |
|------------------------------------------|

För information om vad du ska skicka med i din ansökan, se ditt yrke på webbplatsen.

<http://legitimation.socialstyrelsen.se>

| | |
|-------|-------------|
| Datum | Underskrift |
|-------|-------------|