

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 eller födelsedatum
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"/> Optiker	<input type="checkbox"/> Sjukhusfysiker
<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Hälso- och sjukvårdskurator	<input type="checkbox"/> Ortopedingenjör	<input type="checkbox"/> Sjuksköterska
<input type="checkbox"/> Audionom	<input type="checkbox"/> Kiropraktor	<input type="checkbox"/> Psykolog	<input type="checkbox"/> Tandhygienist
<input type="checkbox"/> Barnmorska	<input type="checkbox"/> Logoped	<input type="checkbox"/> Psykoterapeut	<input type="checkbox"/> Tandläkare
<input type="checkbox"/> Biomedicinsk analytiker	<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Receptarie	
<input type="checkbox"/> Dietist	<input type="checkbox"/> Naprapat	<input type="checkbox"/> Röntgensjuksköterska	

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

<input type="checkbox"/> Jag har gått kursen i svenska författningar (gäller dig som fått beslut om att gå kursen)	Månad och år _____
---	--------------------

<input type="checkbox"/> Jag har gått vägen via Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Jag har gått vägen via kompletterande utbildning på högskola eller universitet
---	---

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

<http://legitimation.socialstyrelsen.se>

Datum	Underskrift
-------	-------------