

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	

**Syftet med ansökan**

<input type="checkbox"/> Praktisk tjänstgöring som en del av Socialstyrelsens väg till legitimation
<input type="checkbox"/> Provtjänstgöring (gäller endast läkare)
<input type="checkbox"/> Tjänstgöring innan praktisk tjänstgöring (gäller endast läkare)
<input type="checkbox"/> Annat, förklara vilket _____

**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
---------------	-------------