

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"/> 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 _____
---	---------------------------

Övriga upplysningar

--

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

<http://legitimation.socialstyrelsen.se>

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