

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**

Eller via e-post till:  
**socialstyrelsen@socialstyrelsen.se**

Föreslagen vikaries efternamn, tilltalsnamn	
Personnummer	E-postadress
Utbildningen är genomförd i <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> EU/EES eller Schweiz	Tidsperiod för förordnandet (datum fr.o.m. – t.o.m.)
Sökande vårdgivare	Sjukhus/vårdcentral
Medicinskt verksamhetsområde/klinik	Verksamhetschef
Ansökan om dispens att föra journalanteckningar på annat språk än svenska	
Senaste kända förordnande av Socialstyrelsen för ovannämnda vikarie (SoS dnr)	

**Verksamhetschefens underskrift**

Ort och datum		
Namnteckning	E-postadress	
Namnförtydligande	Tjänstetitel	Telefon (inkl.riktnummer)

**Det sökande sjukhusets/vårdcentralens fullständiga adress**

--

Det särskilda förordnandet gäller från beslutsdatum. Personen kan inte jobba som läkare innan vi har fattat beslutet.