

Lomake terveyskeskuksen valintaa varten Region Gävleborgissa

Tätä lomaketta käytät valitaksesi terveyskeskuksen. Voit mielellään käyttää lomaketta koko perheellesi. Lomakkeen voimassaoloa varten tarvitaan sekä päiväys että allekirjoitus.

Lasten huoltaja allekirjoittaa alle 15-vuotiaiden valinnan. Mikäli vanhemmilla on jaettu huoltajuus ja lapsi on alle 13-vuotias, allekirjoittavat molemmat vanhemmat lomakkeen.

Lisätietoja terveyskeskuksista ja useampia valintalomakkeita saat 1177.se/gavleborg/halsovalgavleborg

Minä ymmärrän että kun valitsen terveyskeskuksen Gävleborgin läänissä niin silloin sovelletaan Region Gävleborgin sääntöjä.

Voit valita sinulle parhaiten soveltuvan terveyskeskuksen. Terveyskeskusvalintaa voit muuttaa kaikkiaan kaksi kertaa yhden vuoden kuluessa ensimmäisestä valinnasta. Jos haluat valita terveyskeskuksen kahta kertaa useammin yhden vuoden aikana, kirjoita, minkä vuoksi haluat vaihtaa sen uudelleen:

Miksi haluat vaihtaa terveyskeskusta?

MINÄ/ME VALITSEN/VALITSEMME/HALUAN/HALUAMME VAIHTAA

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Lasten huoltaja allekirjoittaa alle 15-vuotiaiden valinnan. Mikäli vanhemmilla on jaettu huoltajuus ja lapsi on alle 13-vuotias, allekirjoittavat molemmat vanhemmat lomakkeen.

Huoltajan nimi	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	
Huoltajan nimi	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	

Lähetä osoitteella:

Region Gävleborg, Hälsovalskontoret, 808 00 Gävle