

## 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 18-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](http://1177.se/gavleborg/halsovalgavleborg)

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

### MINÄ/ME VALITSEN/VALITSEMME/HALUAN/HALUAMME VAIHTAA

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	
Aikaisempi terveyskeskus	

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	
Aikaisempi terveyskeskus	

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Terveyskeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Aikaisempi terveyskeskus	
--------------------------	--

**Lasten huoltaja allekirjoittaa alle 18-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	