

## Lomake terveystakeskuksen valintaa varten Region Gävleborgissa

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

Lisätietoja terveystakeskuksista ja useampia valintalomakkeita saat [1177.se/halsovalgavleborg](http://1177.se/halsovalgavleborg)

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

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

Terveystakeskuksen nimi	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	
Aikaisempi terveystakeskus	

Terveystakeskuksen nimi	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	
Aikaisempi terveystakeskus	

Terveystakeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Terveystakeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Terveystakeskuksen nimi	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12kpl)

Aikaisempi terveystakeskus
----------------------------

Lasten huoltaja allekirjoittaa alle 18-vuotiaiden lasten valinnan; molemmat vanhemmat allekirjoittavat, mikäli heillä on jaettu huoltajuus.

Nimi (Huoltaja allekirjoittaa, kun kyseessä on alle 18-vuotiaat lapset/nuoret)	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	
Nimi (Huoltaja allekirjoittaa, kun kyseessä on alle 18-vuotiaat lapset/nuoret)	Henkilönumero (12kpl)
Allekirjoitus	

Lähetä osoitteella:  
Region Gävleborg  
Hälsovalskontoret  
808 00 Gävle