

Uudenkaupungin kaupunki
Sosiaali- ja terveystalvet

14.4.2021



Peruutan valtuutuksen, jolla olen antanut toisen henkilön hoitamaan asioitani Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystalvetuissa.

VALTUUTUKSEN ANTAJAN (ASIAKKAAN/POTILAAN) TIEDOT

Nimi: _____

Henkilötunnus _____

Puhelinnumero _____

VALTUUTETUN TIEDOT

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Puhelinnumero _____

Aika ja paikka _____

Valtuutuksen peruuttajan allekirjoitus _____

Peruutus toimitetaan henkilökohtaisesti kirjallisena Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveydenhuollon toimintayksikköön esim. terveystalvemmalle, neuvolaan, koulu- tai opiskelijaterveydenhoitajalle, hammashoitolaan, jolloin valtuutuksen perumisen tekevän henkilöllisyys tarkistetaan.

Todistajat (vaaditaan, mikäli valtuutuksen antaja ei pääse Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen toimipisteeseen todistamaan henkilöllisyyttään)

Päiväys/ ____ . ____ . ____

Päiväys/ ____ . ____ . ____

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Allekirjoitus ja nimenselvennys