**Asiakastietojen kopiopyyntö**

|  |  |
| --- | --- |
| Asiakkaan nimi | Henkilötunnus |
| Aikaisempi nimi | Huoltajan nimi |
| Puhelinnumero | |
| Tietojen lähetysosoite | |

|  |
| --- |
| Haluan kopiot seuraavista sosiaalihuollon tiedoista  Olen asioinut seuraavilla paikkakunnilla, missä      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aikuisten sosiaalityö  Kehitysvammapoliklinikka  Koulukuraattori (perusopetus, 2-asteen koulutus)  Kuntouttava työtoiminta  Lapsiperheiden kotipalvelu  Lapsiperheiden sosiaalityö (lastensuojelu, shl-asiakkuus)  Lastensuojelulaitos, Salmila  Lastensuojelulaitos tai ammatillinen perhekoti, yksikön nimi      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lastenvalvoja  Omaishoidontuki (yli 65-vuotiaat)  Omaishoidontuki (alle 65-vuotiaat)  Perheneuvola  Perhetyö (1.1.2005 alkaen)  Sosiaalipäivystys (palvelu alkanut 2008)  Tapaamisten valvonta  Toimeentuloturva  Tukihenkilöpalvelu  Vammaisten asumispalvelut, yksikön nimi      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vammaisten avotyö- ja päivätoiminta  Vammaisten sosiaalityö  Ikäihmisten kotipalvelut  Ikäihmisten ympärivuorokautiset asumispalvelut, yksikön nimi      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mahdolliset tarkennukset:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Haluan tiedot ajalta:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Tietojen pyytäminen on pääsääntöisesti maksutonta.** Jos pyydät useampia jäljennöksiä sinua koskevista henkilötiedoista, rekisterinpitäjä voi kuitenkin periä niistä maksun, joka kattaa toimenpiteen kustannukset. ([EU:n yleinen tietosuoja-asetus, 12 artikla, kohta 5a](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI#d1e2165-1-1)) Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys       /       20

Asiakkaan/huoltajan allekirjoitus

Lomakkeen lähetysosoite: Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani