

HENKILÖKOHTAISEN AVUSTAJAN LAKISÄÄTEISEN TYÖTERVEYSHUOLLON HANKINTAILMOITUS /AVUSTAJAN TIETOJEN ILMOITTAMINEN

Lähetä tämä lomake täytettynä työterveyshuoltoon: **Kainuunmeren Työterveys Oy, Asiakasvastaava työterveyshoitaja Saara Seppänen, Välskärinkuja 2, 89600 Suomussalmi**

Työnantajan nimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postinumero ja -paikka

Puhelin

Olen uusi työnantaja. Tarvitsen työterveyshuollon avustajalleni.

Lähetän maksusitoumuksen työterveyshuoltoa varten tämän lomakkeen mukana (sosiaalityöntekijä lähettänyt maksusitoumuksen henkilökohtaisen avun päätöksen mukana)

Avustajani on vaihtunut. Ilmoitan uuden avustajan tiedot.

Olen toimittanut maksusitoumuksen työterveyshuoltoon jo aiemmin.

Henkilökohtaisen avustajan nimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postinumero ja -paikka

Puhelin

Avustajan työsuhteen alkamispäivämäärä

Henkilökohtainen apu työnantajamallilla päättyy. Irtisanon työterveyshuollon.

Työnantajan allekirjoitus