

Valtuutus alle 12 – vuotiaan puolesta asiointiin

SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikka tarjoaa sähköisen asioinnin mahdollisuutta eTerveyspalveluun alle 12-vuotiaan viralliselle huoltajalle/huoltajille terveyteen ja kiireettömään sairauteen liittyvien asioiden hoitoon. eTerveyspalveluun kuuluvat sähköinen ajanvarauspalvelu, viestipalvelu, tekstiviestipalvelu ja lomakepalvelu.

Puolesta asiointi edellyttää, että huoltaja tekee ensiksi oman sähköisen asioinnin suostumuksen. Suostumus voidaan tehdä SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan Internet- sivun kautta eTerveyspalveluosiossa tai terveydenhuollon yksikössä. Puolesta asioivan nimi ja henkilötunnus kirjataan asiakkaan potilastietoihin osaksi SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan potilasrekisteriä. Puolesta-asioija käyttää asiakkaan puolesta sähköisiä palveluja omilla henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksillaan tai mobiilivarmenteella.

Alla oleva lomake palautetaan huoltajan/huoltajien allekirjoittamana SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan terveydenhuollon yksikköön. Mikäli molemmat vanhemmat ovat huoltajia, tarvitaan molempien vanhempien allekirjoitus joko samalla tai eri lomakkeella. Huoltaja/huoltajat ovat velvollisia ilmoittamaan kaikista asiointiin liittyvistä muutoksista. Muutokset ja irtisanominen tehdään puolesta asioinnin muutos- ja päättämisilmoituslomakkeella.

Huoltajan tulee täyttää alla oleva alle 12- vuotiaan puolesta asioinnin **suostumus**. Puolesta asiointi päättyy automaattisesti lapsen täyttäessä 12 vuotta.

yhteishuoltajuus

yksinhuoltajuus

Huoltajat

Valitse haluatko puolesta asioinnin yhdelle vai kahdelle huoltajalle	
1 huoltaja	2 huoltajaa
1. Huoltajan tiedot	
Huoltajan nimi	
Henkilötunnus	Puhelinnumero
2. Huoltajan tiedot	
Huoltajan nimi	
Henkilötunnus	Puhelinnumero

Perusturvaliikelaitos Saarikka

Toimisto: Saarijärven kaupungintalo
Sivulantie 11
43100 SAARIJÄRVI

Puhelinvaihte
014 459 8208

toimisto@saarikka.fi
etunimi.sukunimi@saarikka.fi
www.saarikka.fi

Valtuutus alle 12 – vuotiaan puolesta asiointiin

Huollettavien tiedot

Täytä alla oleviin kohtiin niiden alle 12 vuotiaiden huollettavien tiedot, joiden puolesta haluat tehdä puolesta asiointiin suostumuksen. Voit tehdä puolesta asiointiin suostumuksen useamman kuin neljän huollettavan osalta täyttämällä toisen lomakkeen.

Huollettavien määrä (valitse listasta)	
1. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
2. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
3. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
4. Huollettavan nimi	Henkilötunnus

Olemme lukeneet suostumukseen liittyvät ehdot ja allekirjoituksella vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi.

Aika ja paikka

1. Huoltajan allekirjoitus

Nimen selvennys

2. Huoltajan allekirjoitus

Nimen selvennys
