

HENKILÖKOHTAISEN AVUSTAJAN LAKISÄÄTEISEN TYÖTERVEYSHUOLLON HANKINTAILMOITUS /AVUSTAJAN TIETOJEN ILMOITTAMINEN MEHILÄISELLE

Täydennä puuttuvat tiedot ja lähetä lomake työterveyshuoltoon: **Mehiläinen Kajaani,**
työterveyshoitaja **Saara Sarhaluoma, Kauppakatu 30, 87100 Kajaani.**

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 palvelun.

Henkilökohtainen apu työnantajamallilla päättyy. Valtuutan Kainuun hyvinvointialueen
irtisanomaan työterveyshuollon asiakkuuden sekä tekemään tarvittavat muutokset
henkilökohtaisen avustajan ilmoitusten osalta, jos en itse tai omaiseni ei pysty sopimusta
irtisanomaan tai päivitettäviä avustajatietoja ilmoittamaan.

Työnantajan allekirjoitus
