Työnantaja on vastuussa työntekijän tietojen ilmoittamisesta työterveyteen.

Työnantaja: Pvm:

 Osasto:

Työntekijät:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etunimi** | **Sukunimi** | **HETU** | **Ammatti** | **Puhelin-numero** | **Sähköpostiosoite** | **Kotikunta** | **Työsuhde alkamispv** | **Työsuhde loppumispv** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Täytä kaikki tiedot tarkasti, myös työntekijän sähköpostiosoite, jota käytämme sähköisissä terveyspalveluissamme.

Lähetä meille tiedot mahdollisimman pian muutoksista. Näin voimme palvella Teitä laadukkaasti ja paremmin.