

**KENESTÄ TIETOJA PYYDETÄÄN**

Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Miltä ajalta tietoja pyydetään:	

**MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN**

<input type="checkbox"/> Lastensuojelu		
<input type="checkbox"/> Lastensuojelulaitos, laitoksen nimi:		
<input type="checkbox"/> Sosiaalipäivystys		
<input type="checkbox"/> Perheoikeudelliset asiat: isyys ja elatusturva, huolto- ja tapaamissopimukset, sopimustekstit		
<input type="checkbox"/> Tapaamispaikka	<input type="checkbox"/> Perheneuvola	<input type="checkbox"/> Vammaispalvelut
<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden kotipalvelu	<input type="checkbox"/> Oppilashuolto	<input type="checkbox"/> Lastenneuvola
<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden peruspalvelut	<input type="checkbox"/> Opiskeluterveys	<input type="checkbox"/> Perhesuunnitteluneuvola
<input type="checkbox"/> Lasten ja nuorten kehitykselliset palvelut	<input type="checkbox"/> Toimeentulotuki	<input type="checkbox"/> Äitiysneuvola
<input type="checkbox"/> Lasten ja nuorten alkuarviointi	<input type="checkbox"/> Työelämänpalvelut	

**Tietojen käyttötarkoitus, jos pyydetään toista henkilöä koskevia tietoja**

--

**Tietoja pyydetään**  kopiona asiakirjasta  nähtäväksi/luettavaksi

**ALLEKIRJOITUS**

Päiväys	
Tietojen pyytäjän allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	
Henkilötunnus	Puhelinnumero

**OSOITE, JOHON TIEDOT PYYDETÄÄN TOIMITTAMAAN**

Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
------------	---------------------------------

**ALAIKÄISEN MIELIPIIDE TIEDON LUOVUTTAMISEEN (Täytettävä pyydetessä yli 10 vuotiaan lapsen tietoja)**

<input type="checkbox"/> En vastusta tietojen luovuttamista	
Alaikäisen allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	

Etelä-Karjalan hyvinvointialue siirtää tarvittaessa oma-aloitteisesti tämän tietopyynnön toimivaltaiselle viranomaisille.