

TIETOJEN TARKASTUSPYYNTÖ  
(EU:n tietosuoja-asetus 15 artikla)

Porin perusturva täyttää  
Pyyntö vastaanotettu \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

Voit käyttää tätä lomaketta halutessasi tarkistaa mitä tietoja sinusta on tallennettu Porin perusturvan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilörekistereihin.

### Tarkastuspyynnön esittäjän henkilötiedot (\* merkityt tiedot pakollisia)

Sukunimi ja etunimi\* \_\_\_\_\_ Henkilötunnus\* \_\_\_\_\_

Lähiosoite \* \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka\* \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_ Sähköposti \_\_\_\_\_

### Henkilö, jonka tietoja pyyntö koskee (jos eri henkilö kuin pyynnön esittäjä)

Sukunimi ja etunimi\* \_\_\_\_\_ Henkilötunnus\* \_\_\_\_\_

Lähiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Peruste tarkastuspyynnön esittämiselle toisen puolesta

- Huoltaja  
 Edunvalvoja tai edunvalvontavaltuutettu  
 Henkilön valtuuttama edustaja  
 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

*Alkuperäinen edunvalvojan määräys tai tuomioistuimen päätös / alkuperäinen maistraatin tai Digi- ja väestötietoviraston (DVV) päätös edunvalvontavaltuutuksesta + jäljennös edunvalvontavaltakirjasta, jossa maistraatin tai DVV:n leima / alkuperäinen valtakirja tulee esittää rekisterinpitäjälle tarkastuspyynnön yhteydessä. Jäljennös toimivallan osoittavista asiakirjoista liitetään tarkastuspyyntöasiakirjojen yhteyteen\*\**

### Tiedot, joita tarkastuspyyntö koskee

Valitse rastittamalla, millä palvelualueella/alueilla kertyneitä tietoja tarkastuspyyntö koskee:

- Terveyspalvelut       Sairaalapalvelut       Suun terveydenhuolto  
 Sosiaali- ja perhepalvelut:  lastensuojelu  vammaispalvelut  aikuissosiaalityö  perheneuvola  
 Vanhuspalvelut:  kotihoito  omaishoito  ympärivuorokautinen asuminen  
 Psykososiaalinen yksikkö

Ilmoita tarkemmin yksikkö tai asiakirjat, jotka ovat tarkastuspyynnön kohteena. (Röntgenkuvat ovat maksullisia, tarkemmat tiedot ja tilaukset SataDiagin röntgenistä tai suun terveydenhuollon keskushammas-  
hoitolan toimistosta).

---

---

---

**Ajanjakso**

Tiedot halutaan tarkastaa ajalta \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Tietojen toimittaminen** postitettuna  noudettuna  sähköpostitse**Allekirjoitus**

Päiväys\* \_\_\_\_\_ Allekirjoitus\* \_\_\_\_\_

Nimenselvennys\* \_\_\_\_\_

**Alaikäisen mielipide tietojen luovuttamiseen**

(täytetään huoltajan / muun laillisen edustajan käyttäessä tarkastusoikeutta 12 -vuotta täyttäneen tietoihin, alaikäisen allekirjoitus pakollinen).

Hyväksyn tietojeni luovuttamisen pyytäjälle 

Alaikäisen allekirjoitus\* \_\_\_\_\_

Nimenselvennys\* \_\_\_\_\_

*\*\* Edunvalvojalla on oikeus käyttää päämiehelle kuuluvia oikeuksia koskien päämiehen salassapidettäviä tietoja vain silloin kun valtuutus toimenpiteeseen sisältyy lain säännökseen tai edunvalvojalle annettuun päätökseen. Myös edunvalvontavaltuutuksesta ja valtakirjasta tulee selkeästi käydä ilmi, että valtuutetulla on oikeus esittää päämiehen puolesta tämän salassapidettäviin sosiaali- tai terveydenhuollon tietoihin liittyviä vaatimuksia.*

Täytetty ja allekirjoitettu lomake toimitetaan postittamalla tai tuomalla se Porin kaupungin kirjaamoon tai siihen sosiaali- tai terveydenhuollon yksikköön, jonka tietoja tarkastuspyyntö koskee.

Porin kaupunki

Kirjaamo

PL 121

28101 PORI

Käyntiosoite: Yrjönkatu 6 B, 2. krs, 28100 PORI

**Täytetään Porin perusturvassa, jos tarkastuspyyntö toimitetaan henkilökohtaisesti****Tarkastuspyynnön esittäjän henkilöllisyys varmistettu**  ajokortti  passi  henkilökortti

Toimipaikka \_\_\_\_\_

Vastaanottajan nimi  
ja yhteystieto (selvästi) \_\_\_\_\_