

**Pirkkalan sosiaali- ja terveydenhuollon  
yhteistoiminta-alue**

**Hakemus kouluterveydenhuoltoon liittyvästä suun terveydenhuollon  
määräaikaistarkastuksen kuljetuskorvauksesta**

Oppilaan nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Kotiosoite \_\_\_\_\_

Huoltaja \_\_\_\_\_

Huoltajan puhelinnumero \_\_\_\_\_

Huoltajan tilinumero IBAN-muodossa \_\_\_\_\_

Koulu \_\_\_\_\_

Luokka \_\_\_\_\_

Hammashoitopiste \_\_\_\_\_

Matkan pituus koulun osoitteesta hammashoitopisteeseen \_\_\_\_\_ km yhteen suuntaan

Hammashoittoaika pvm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_ klo \_\_\_\_\_

Lisätietoja  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

**Lomakkeen palautus**

Postiosoite: Pirkkalan kunnan kirjaamo, PL 1001, 33961 Pirkkala

Sähköpostiosoite: kirjaamo@pirkkala.fi

Asiakirjojen toimitus: Asiointipiste, Koulutie 1, 33960 Pirkkala

**PÄÄTÖS**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_ § \_\_\_\_\_

Matkakorvaus \_\_\_\_\_ euroa myönnetään

Matkakorvausta ei myönnetä, syy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ylihammaslääkärin / ylilääkärin allekirjoitus