**KOILLIS-LAPIN TERVEYDENSUOJELULAIN 13 §:n**

**YMPÄRISTÖTERVEYDENHUOLTO MUKAINEN ILMOITUS TOIMINNAN-**

**Terveysvalvonta HARJOITTAJAN VAIHTUMISESTA** 1(1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Toimijan yhteystiedot | Toimintaa harjoittavan yrityksen nimi | | | Y-tunnus |
|  | Postiosoite | | | |
|  | Laskutusosoite (jos eri kuin yllä) | | | |
|  | Verkkolaskuosoite | | | |
|  | OVT-tunnus: | | Operaattori: | |
|  | Sähköposti | | | Puh |
|  | Yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero (myös sähköposti, jos eri kuin yllä) | | | |
| Huoneisto | Toimipaikan vanha nimi | | | |
|  | Toimipaikan uusi nimi | | | |
|  | Toimipaikan osoite | | | |
|  | Toimipaikan puhelinnumero | | Toimipaikan sähköposti | |
|  | Toiminta | | | |
|  | Koulu | | | |
|  | Päiväkoti | | | |
|  | Jatkuvaa hoitoa antava sosiaalihuollon yksikkö (tehostettu palveluasuminen,  laitospalvelut, ensi- ja turvakoti) | | | |
|  | Liikuntatila tai kuntosali | | | |
|  | Uimahalli, uimala, kylpylä, yleinen sauna tai vastaava | | | |
|  | Kauneushoitola, solarium, tatuointi, kuppaus tai vastaava | | | |
|  | Hotelli tai muu majoitushuoneisto | | | |
|  | Muu toiminta, mikä | | | |
| Liite | Pohjapiirustus | | | |
|  | Toimitetaan terveysvalvontaan mennessä. | | | |
| Toimijan vaihtumispäivä |  | | | |
| Ilmoittajan allekirjoitus ja nimenselvennys | Paikka ja päiväys | Allekirjoitus *(ei vaadita sähköpostitse)* ja nimenselvennys | | |

**Ilmoitus liitteineen toimitetaan Koillis-Lapin ympäristöterveydenhuollon terveysvalvontaan ensisijaisesti sähköisesti osoitteeseen** [**terveystarkastaja@pelsavu.fi**](mailto:terveystarkastaja@pelsavu.fi)**. Sähköpostitse lähetettäessä ei vaadita allekirjoitusta.**

**Postitusosoitteet löytyvät sivun alareunasta.**