**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****. Sähköpostitse lähetettäessä ei vaadita allekirjoitusta.**

**Postitusosoitteet löytyvät sivun alareunasta.**