

Søknadsskjema for tilskudd til dekning av reise- og flytteutgifter ved turnustjeneste

For SAFH

Til

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Postboks 8053 Dep
0031 OSLO

Les veiledningen, fyll ut skjemaet på skjermen, ta utskrift og signer, og send søknaden i ordinær post.

Personalia

| | | | | | | | |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Navn | | Fødselsnummer (11 siffer) | | | | | |
| E-post adresse | | Telefon | | Bankkonto | | | |
| Helsepersonellkategori | | <input type="checkbox"/> Lege | | <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | | | |
| Antall personer i husstanden med alder | Antall/alder | Antall/alder | Antall/alder | Antall/alder | Antall/alder | Antall/alder | Antall/alder |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Turnussted

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| Kommunens, helseforetakets eller opptreningsinstitusjonens navn | | Tiltredelsesdato | |
| Adresse | | Telefon | |

Fraflyttings- og tilflyttingsadresser og reise- og flyttedatoer

| | | | |
|---|--|---|--|
| Fraflyttingsadresse (gateadresse, postnummer og poststed) | | Kommune | |
| Hvis denne i adressen ikke er den adresse som er registrert i Folkeregisteret, gi forklaring. | | | |
| Tilflyttingsadresse (gateadresse, postnummer og poststed) | | Kommune | |
| Planlagt reisedato | | Planlagt flyttedato (fra fraflyttingsadresse) | |

Kostnader

| | |
|---|--------------------------------------|
| Reisemåte | |
| Samlet kostnad for søker og husstand (legg ved en oppstilling med hver billett for hver person) | |
| Flyttekostnad | Anslag for flyttevolum i kubikkmeter |

Ved bruk av flyttebyrå skal det legges ved kopi av tilbud fra minst tre registrerte flyttebyråer. Ved flytting ved hjelp av egen eller leiet bil skal det legges ved dokumentasjon for pris for leie av henger eller leiebil.

Signatur

1. Opplysningene som er gitt er etter mitt vitende korrekte og fullstendige.
2. Jeg er kjent med at det å gi feilaktige opplysninger kan få negative konsekvenser for søker
3. SAFH vil få tilgang til alle opplysninger som er relevante for å avgjøre søknad om reise- og flyttetilskudd.
4. Senest en måned etter at flyttingen er gjennomført vil jeg sende inn dokumentasjon i original på de reise- og flytteutgifter det skal gis tilskudd til, og opplysning om eventuelt tilskudd eller refusjon fra andre for de samme utgiftene.

| | | |
|------|------|-------------|
| Sted | Dato | Underskrift |
|------|------|-------------|