

# Søknadsskjema for autorisasjon og lisens som helsepersonell

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.**

## Personalialia

Etternavn		Fornavn og mellomnavn	
Postadresse		Postnr	Poststed
Land	Statsborgerskap	Kjønn	
E-postadresse		Telefon	
Fødselsnummer (11 siffer)		Oppgi norsk fødselsnummer (eller D-nummer), 11 siffer. Hvis du ikke har norsk fødselsnummer, skriv bare fødselsdato på formen dd.mm.åååå.	

## Jeg søker om (kun ett valg)

<input type="checkbox"/> autorisasjon	<input type="checkbox"/> turnuslisens	<input type="checkbox"/> annen lisens	Yrkesgruppe
<input type="checkbox"/> studentlisens	lisens - over 75 år - se eget skjema		

## Hovedutdanning

Beskrivelse/betegnelsen på eksamen/fagprøve/svenneprøve	Eksamensdato (dd.mm.åååå)	Utdanningsland

## Vedlegg (ved for liten plass kan side 2 benyttes)

Beskrivelse av vedlegg	Vedlegg nr

## Erklæring og underskrift

- Jeg har lest veiledningen til søknadsskjemaet
- Gebyr vil bli betalt når jeg får tilsendt faktura.
- Alle dokumenter som kreves følger vedlagt i bekreftet stand (alltid kopi av pass og vitnemål/fagbrev/svennebrev – andre krav i tillegg se veiledningen). Jeg er klar over at manglende dokumentasjon eller attestasjon forsinker saksbehandlingen.
- Undertegnede søker erklærer at alle dokumenter vedlagt søknaden er attesterte kopier av ekte dokumenter. Jeg er kjent med at dokumentfalsk er straffbart, jf straffeloven § 182 og at slike saker vil bli politianmeldt. Jeg er også innforstått med og samtykker til at slike saker kan bli rapportert til min arbeidsgiver og til mitt hjemlands helsemyndigheter.
- Jeg er kjent med at dersom jeg innvilges autorisasjon eller lisens vil jeg bli registrert i Helsepersonellregisteret.

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

