

**SELVITYS LÄÄKETIETEELLISEN KELPOISUUSTODISTUKSEN  
KATOAMISESTA/TUHOUTUMISESTA**

**LÄÄKETIETEELLISEN KELPOISUUSTODISTUKSEN HALTIJA**

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Postinumero: \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

**LÄÄKETIETEELLINEN KELPOISUUSTODISTUS**

Laji(t): \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

**SELVITYS KATOAMISESTA**

---

---

---

---

---

---

Yllä olevaan viitaten pyydän lääketieteellisen kelpoisuustodistuksen kaksoiskappaleen.

**Hinta 25e.**

**Mikäli kadonnut lääketieteellinen kelpoisuustodistus myöhemmin löytyy, palautan sen välittömästi Liikenteen Tuvallisuusvirastoon ilmaisulääketieteen yksikköön.**

**Vakuutan yllä mainitut tiedot oikeiksi**

\_\_\_\_\_  
Paikka

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys