**HAKEMUS SOPIA PAIKALLISESTI URAPORRASJÄRJESTELMÄN LISÄPORTAISTA**

**Työnantajan tiedot ja yhteyshenkilö:**

|  |  |
| --- | --- |
| Työnantaja: |  |
| Yhteyshenkilön nimi: |  |
| Yhteyshenkilön tehtävänimike: |  |
| Sähköposti: |  |
| Puhelinnumero: |  |

**Lääkärisopimuksen liite, johon haetaan lupaa sopia lisäportaista:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Liite 1 Perusterveydenhuollon lääkärit |
|  | Liite 2 Perusterveydenhuollon hammaslääkärit |
|  | Liite 3 Erikoissairaanhoidon lääkärit |
|  | Liite 4 Erikoissairaanhoidon hammaslääkärit |

Kuvaus lisäportaasta:

|  |
| --- |
|  |

Perustelut:

|  |
| --- |
|  |

**Luottamusmiehen puolto ja yhteystiedot:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Luottamusmies puoltaa lisäportaita. |
|  | Luottamusmies ei puolla lisäportaita. |

Perustelut (erityisesti, ellei puolla):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luottamusmiehen nimi: |  |
| Sähköposti: |  |
| Puhelinnumero: |  |

**Allekirjoitukset**

|  |  |
| --- | --- |
| Paikka: | Aika: |
|  |  |
| Työnantajan edustajan allekirjoitus: |  |
|  | |
| **Täytetään, mikäli eri kuin yhteyshenkilö** | |
| Työnantajan edustajan nimi: |  |
| Työnantajan edustajan tehtävänimike: |  |
| Sähköposti: |  |
| Puhelinnumero: |  |