

Samtycke

Medgivande att bryta sekretess

Jag samtycker till informationsutbyte mellan ansvarig utförare hos äldre- och omsorgsnämnden och:

<input type="checkbox"/> Närstående	Relation
_____	Relation
_____	Relation

<input type="checkbox"/> God man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Anhörigkonsulent
<input type="checkbox"/> Enhetschef/kontaktman inom	<input type="checkbox"/> Enhetschef/kontaktman inom
_____	_____
<input type="checkbox"/> Individ- och familjeomsorg	<input type="checkbox"/> Biståndshandläggare hos
_____	_____
<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd/Arbetsmarknads- och utbildningsförvaltningen	<input type="checkbox"/> Arbetsförmedling
<input type="checkbox"/> Förskola/skola/arbetsplats	<input type="checkbox"/> Försäkringskassa
_____	<input type="checkbox"/> Annan
<input type="checkbox"/> Läkare/husläkare/sköterska/kurator inom	_____
_____	_____

Samtycket gäller för handläggningen av mitt ärende om _____

Samtycket gäller inte uppgift om _____

Samtycket gäller under perioden _____

och jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill, antingen skriftligt eller genom att tala om det för utföraren.

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____