Samtycke

Jag samtycker till att koordinator får ta del av och lämna vissa uppgifter om mitt barn i kontakten med nedan angivna verksamheter. Samtycket gäller bara information som är viktig för att nedanstående verksamheter ska kunna planera och samordna stöd och insatser kring barnet. Jag kan ta tillbaka mitt samtycke när som helst.

Gäller för

Koordinator i *Töreboda kommun/stadsdelen/anhörigstödet* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnets namn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnets personnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verksamheter som får ta del av och lämna ut uppgifter enligt ovan:

Samtycket gäller inte information om: (notera om det finns särskild information

som inte ska delas)

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort: Datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens underskrift namn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens underskrift namn