



Samtycke rill samverkan och informationsbyte

Samtycke gäller endast information som behövs för att berörda myndigheter på bästa sätt ska kunna hjälpa mig.

Jag samtycker till att berörda myndigheter nedan samverkar kring mina insatser. Jag medger därför att berörda myndigheter får utbyta information utan hinder av sekretess.

Datum

Personens namn:

Personens personnummer:

Medgivande omfattar	Ansvarig person och verksamhet
Socialtjänst <input type="checkbox"/>	
Hälso- och sjukvård <input type="checkbox"/>	
Skola <input type="checkbox"/>	
Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/>	
Försäkringskassan <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Samtycket gäller:

- 3 månader 6 månader 12 månader
månader

Underskrift:

Namnförtydligande:

Detta dokument bifogas journalhandling hos berörd myndighet. Kopia till person.

Handläggare/initiativtagare till samverkan (namn och telefon):