



Samtycke

Samtycke till hävande av sekretess

Härmed samtycker jag till att Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten, Vård & omsorgsförvaltningen och Utbildningsförvaltningen sinsemellan får utbyta och diskutera uppgifter om mig utan hinder av sekretess.

Samtycket omfattar endast uppgifter som är nödvändiga för att Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten, Vård & omsorgsförvaltningen, Skolförvaltningen och Utbildningsförvaltningen ska kunna samarbeta gällande min sysselsättning. Det kan t.ex. gälla uppgifter om:

- Hälsotillstånd
- Tidigare rehabiliteringsinsatser
- Expertutlåtande
- Sociala och ekonomiska förhållande
- Arbetsförhållande
- Tidigare utredningar

Detta samtycke gäller för den tid samarbetet i ärendet pågår, dock längst ett år från och med datumet nedan.

Jag kan när som helst återkalla detta samtycke.

Mölnåls den.....20..

Ungdomens Namn

Namnteckning

Vårdnadshavare Namnförtydligande

Namnteckning

Personnummer