



FINS PÅNG

## Samtycke till samverkan och utbyte av information

För att berörda verksamheter på bästa sätt ska kunna samverka kring mig eller kring mitt barn eller min myndiga ungdom samtycker jag till att dessa verksamheter får utbyta information utan hinder av sekretess.

Samtycket gäller bara information om personliga förhållanden som är viktig för att de verksamheter som ska samverka, på bästa sätt, ska kunna hjälpa mig eller mitt barn eller min myndiga ungdom.

Samtycket gäller följande verksamheter, ange ansvarig person.

---

---

---

---

---

---

Samtycket gäller från och med: \_\_\_\_\_ till och med \_\_\_\_\_.

Jag är medveten om att detta samtycke när som helst kan återkallas eller omprövas av mig.

Den enskildes namn

Personnummer

---

---

Adress

Telefonnummer

---

---

Ort och datum

---

Underskrift enskild vuxen, vårdnadshavare,  
förvaltare eller annan företrädare för den  
enskilde

Underskrift vårdnadshavare

---

---

Namnförtydligande

Namnförtydligande

---

---