

SAMTYCKE TILL SAMARBETE MELLAN VERKSAMHETER

Barnets/ungdomens namn: _____

Barnets/ungdomens personbeteckning: _____

Jag samtycker till att följande verksamheter samarbetar och delar sådan sekretessbelagd information som behövs för att kunna ge mitt barn eller mig så bra stöd och hjälp som möjligt:

	Namn på verksamheten/kontaktperson:
<input type="checkbox"/> Barnomsorg	_____
<input type="checkbox"/> Skola	_____
<input type="checkbox"/> Hälso- och sjukvård	_____
<input type="checkbox"/> Socialvård	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____

Eventuell beskrivning av samtycket:

Samtycket gäller

tillsvidare.

t.o.m. ____ / ____ 20 ____.

Jag har lämnat samtycket frivilligt, och jag vet att jag kan ta tillbaka samtycket när som helst.

Datum ____ / ____ 20 ____

Datum ____ / ____ 20 ____

Underskrift

(Person över 18 år/Vårdnadshavare 1):

Underskrift

(Vårdnadshavare 2):

Namnförtydligande:

Namnförtydligande:

Det här dokumentet sparas i akt eller journal hos de verksamheter som berörs av samarbetet.



Ålands
landskapsregering