

## Medgivande

-att inhämta och dela information i samband med utredning

Namn och efternamn	Personnr ÅÅMMDD-XXXX
Adress	
Postnummer och postort	Telefon

### Företrädare

Vårdnadshavare/  Godman/  Förvaltare /  Fullmakt

Namn och efternamn	Telefonnummer
--------------------	---------------

Undertecknad ger härmed sitt medgivande till att Markaryds kommuns handläggare får inhämta information, samt spara information som rör den sökande. Exempel på kontakter och information som kan begäras in:

- Kontakt med **sjukvård/psykiatri** för att begära ut utredningsunderlag, funktionsbedömningar samt läkarintyg/läkarutlåtanden.
- Kontakt med **barnhabilitering/vuxenhabilitering** för att begära ut utredningsunderlag, funktionsbedömningar samt läkarintyg/läkarutlåtanden.
- Kontakt med **Försäkringskassan**
- Kontakt med **Arbetsförmedling/Sysselsättning**

Medgivande till informationsdelning med undantag:

---

---

Ort och datum:

---

Underskrift och Namnförtydligande - enskild

---

Underskrift och Namnförtydligande - företrädare