

## Samtycke för samverkan

Namn:	Personnummer:
<b>Samtycket innebär:</b> Att du ger ditt samtycke (medgivande) till att följande organisationer får lämna uppgifter om dig mellan varandra i syfte att _____ ( <i>beskriv syfte</i> )	
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Region Östergötland <input type="checkbox"/> _____ (kommun)	
<i>(kryssa i de organisationer som samtycket ska omfatta)</i>	
Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner att uppgifter om mig får lämnas mellan ovan ikryssade organisationer.	
Samtycket är upprättat _____ och är giltigt till och med _____	
Du kan när som helst återkalla samtycket.	
_____ Ort och datum	_____ Namn
_____ Personnummer	_____ Underskrift

*Samtycket har utformats för rehabiliterande insatser inom Samordningsförbundet Västra Östergötlands upptagningsområde.*