SALA KOMMUN

FÖR MEDGIVANDEUTREDNING ENLIGT 6 KAP 6 § SOCIALTJÄNSTLAGEN

Härmed lämnar jag/vi samtycke till att Socialtjänsten gör utdrag ur: **-Polisregistret (Misstanke-, belastning- och LOB-register)** **-Kronofogdemyndighetens register** **-Försäkringskassans register** **-Kommunens socialregister** **-Ev. samråder med andra förekommande kommuner**	**Intresseanmälan för uppdrag som:** **Kontaktperson** ☐ **Kontakt-/stödfamilj** ☐ **Familjehem** ☐ **Jourhem** ☐ **Endast socialreg.utdrag** ☐

- *Om du bott i Sala kommun mindre än 3 år, vänligen uppge vilken kommun du bott i tidigare.*
- *Medgivandet gäller även fortsatta årliga kontroller enligt ovan så länge uppdragstagaren väljer att kvarstå i myndighetens resursregister*
- *Alla personer som bor i hushållet ska uppges, personer över 18 år ska även signera själva nedan.*
- *Båda vårdnadshavares samtycke krävs för registeruppgifter om gemensamt barn.*

Fullständigt namn	Fullständigt namn
Personnummer	Personnummer
Adress, postadress	Adress, postadress
Bosatt i kommun /sedan år: telefonnummer	Bosatt i kommun/ sedan år: telefonnummer
Omyndigt barn / myndigt barn, namn, personnummer	Omyndigt barn / myndigt barn, namn, personnummer
Omyndigt barn / myndigt barn, namn, personnummer	Omyndigt barn / myndigt barn, namn, personnummer

Ort och datum	Namnteckning	Ort och datum	Namnteckning
Ort och datum	Namnteckning	Ort och datum	Namnteckning
Ort och datum	Namnteckning	Ort och datum	Namnteckning

Rekvirentens underskrift (ifylles av socialtjänsten)

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23
Växel: 0224-747000
Fax: 0224-19298
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Familjehems- och familjerättsgruppen
Socialtjänsten
Sala Kommun