SALA KOMMUN

FÖR MEDGIVANDEUTREDNING ENLIGT 6 KAP 6 § SOCIALTJÄNSTLAGEN

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

Familjehemsenheten
Socialtjänsten
Sala Kommun