

## **SAMTYCKE TILL UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER MELLAN MYNDIGHETER**

Det råder sekretess mellan Försörjningsenheten och Försäkringskassan.

För att du ska få bästa möjliga hjälp är det bra om vi får ditt samtycke att samarbeta och utbyta information om dig. Detta kan gälla uppgifter om **hälsotillstånd, tidigare rehabiliteringsinsatser, sociala och ekonomiska förhållanden, arbetsförhållanden eller tidigare utredningar.**

Samtycket gäller endast sådana uppgifter som rör ditt ärende och endast under tiden du är aktuell på Försörjningsenheten. Du kan när som helst återkalla samtycket utan särskild motivering.

Jag har tagit del av ovanstående och ger mitt samtycke.

Är det någon uppgift som du inte vill att ditt samtycke ska gälla kan du skriva det här.....

Namn: .....

Personnummer: .....

Ort och datum:.....

Underskrift: .....