**SAMTYCKE TILL SEKRETESSLÄTTNAD GÄLLANDE**

…………………………………………… …………………………………………..

Namn Personnummer

Jag ger mitt samtycke till att sekretesskyddad information om mig får inhämtas och lämnas muntligen/skriftligen till följande parter

Kontaktperson (person som i första hand kontaktas):

Hälso och sjukvården/min vårdcentral

 ------------------------------------------------

Arbetsgivaren

 ------------------------------------------------

Försäkringskassan

 ------------------------------------------------

Arbetsförmedlingen

 ------------------------------------------------

Socialtjänsten

 ------------------------------------------------

Annan……………………………………………………

Samtycket gäller i pågående sjukfall och rehabiliteringsprocess. Samtycket kan när som helst återkallas av mig.

………….……………….. den ………………………………………

………………………………………… ………………………………………..

Underskrift Namnförtydligande