**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