**SAMTYCKE TILL SEKRETESSLÄTTNAD**

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

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 Personnummer