SITHS - Intyg om styrkt identitet

Intygsgivande organisation: Region Halland, orgnr: 232100-0115

## Uppgifter från kortmottagaren

* Jag har inte visat fullgod identitetshandling men intygar att nedanstående personuppgifter överensstämmer.

|  |  |
| --- | --- |
| Fullständigt namn:       | Personnummer/passnr:       |
| Ort och datum:       | Personbevis lämnat:       |
|  |  |  |
| *Personens namnteckning* |  | *Namnförtydligande* |

Intygsgivaren styrker härmed identitetsuppgifter för ovan nämnda person och har identifierats med giltig identitetshandling enligt stycket *Visad godkänd id-handling*.

## Uppgifter från den som intygar

* Jag är införstådd med att ett osant intygande är ett brott som kan leda till straff och krav på skadestånd.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum:       |  |
| Namn:       | Personnummer:       |
| Adress:       |  |
| Postnummer:       |  |
| Postort:       | Telefonnummer:       |
|  |  |  |
| *Intygsgivarens namnteckning*  |  | *Namnförtydligande* |

**Visad godkänd id-handling**

Intygsgivarens godkända ID-handling

|  |  |
| --- | --- |
| Svenskt körkort (inkl moped) | [ ]  |
| SIS godkänt ID-kort | [ ]  |
| Skatteverkets ID-kort | [ ]  |
| Svenskt pass - vinröd bok | [ ]  |
| Nationellt ID-kort | [ ]  |

**Skicka**

Blankett *SITHS – Intyg om styrkt identitet* och eventuell kopia på personbevis skickas ifylld och undertecknad till Servicecenter, Hallands sjukhus Halmstad.

**Arkivering (gäller Serivcecenter)**

Kvittens reservkort ska sparas i 15 år.