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.