

SAMVERKANDE
ÖVERFÖRMYNDARE

Färgelanda Sotenäs
Lysekil Strömstad
Mellerud Tanum
Munkedal Uddevalla

Ansökan

Anstånd beträffande inkommande med redovisning
13 kap 17 § och 14 kap 20 § föräldrabalken

Samverkande Överförmyndare
Besöksadress: Varvsvägen 1
Postadress: 451 81 Uddevalla
Overformyndaren@uddevalla.se
0522-69 60 00

Huvudman/omyndig

Namn	Personnummer
------	--------------

God man/förvaltare/förmyndare

Namn 1	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	Mobilnummer	
Namn 1	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	Mobilnummer	

Anstånd begärs t.o.m.

20.....-.....-.....

(använd baksidan om utrymmet inte är tillräckligt)

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning 1

.....
Namnteckning 2

Beslut

- Anstånd medges t.o.m. 20.....-.....-.....
- Begäran om anstånd avslås p.g.a.

.....
20.....-.....-.....

.....
Beslutsfattare