



Försäkringskassan



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN



ARBETSFÖRMEDLINGEN
SWEDISH PUBLIC EMPLOYMENT SERVICE

Samtycke till hävande av sekretess

Jag samtycker till att följande parter får utbyta muntlig och skriftlig information, utan hinder av sekretess, och ta del av handlingar som finns om mig:

Arbetsförmedlingen
Socialtjänsten, Individ- och familjeomsorg
Arbetsmarknadsavdelningen
Uddevalla gymnasieskola
Uddevalla Vuxenutbildning
Försäkringskassan
VGR, till exempel vårdcentral och sjukhus
Annan aktör: _____

Syftet är att de olika parterna ska kunna samverka kring mig och mina behov för att på bästa sätt kunna hjälpa mig till arbete eller utbildning. Parterna kommer endast utbyta uppgifter om mig som är relevanta för att nå målet med arbete eller utbildning.

De uppgifter som jag godkänner informationsutbyte om är:

- om jag är inskriven/registrerad hos någon av parterna.
- planering av mina insatser mellan mig och parterna, t.ex. arbetsträning och studiestartsstöd.
- om det finns några pågående aktiviteter hos de olika parterna.
- om jag har några arbetshinder och hur de påverkar min arbetsförmåga.
- läkarintyg/utlåtanden som har betydelse för min arbetsförmåga.

Samtycket gäller tillsvidare med start från _____ och fram till dess jag inte längre är aktuell för någon av parterna. Sekretesslättningen kan när som helst återkallas av mig.

Underskrift

Namnförtydligande

Personnummer

Ort/Datum