

Samtycke till samverkan och informationsutbyte barn och unga



Samtycket gäller endast information som behövs för att berörda myndigheter på bästa sätt ska kunna hjälpa mig/mitt/vårt barn.

Jag/Vi samtycker till att berörda myndigheter nedan samverkar kring *mig/mitt/vårt barns behov*. *Jag/Vi* medger därför att berörda myndigheter får utbyta information utan hinder av sekretess.

Datum:

Barnets/ungdomens namn:

Barnets/ungdomens personnummer:

Medgivandet omfattar:	Ansvarig person och verksamhet:	
SOCIALTJÄNST <input type="checkbox"/>		
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD <input type="checkbox"/>		
SKOLA <input type="checkbox"/>		
ANHÖRIG (Förutom vårdnadshavare) <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Medgivandet gäller:	<input type="checkbox"/> 3 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader	<input type="checkbox"/> 12 månader	<input type="checkbox"/> månader
---------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Underskrift vårdnadshavare:	Namnförtydligande:
Underskrift vårdnadshavare:	Namnförtydligande:
Underskrift ungdom från 15 år:	Namnförtydligande:
Detta dokument bifogas journalhandling hos berörd myndighet. Kopia till vårdnadshavare.	
Handläggare/Initiativtagare till samverkan (namn och telefon)	

Dina personuppgifter kan behöva lagras hos Region Gotland på legala grunder. För att få veta närmare hur Region Gotland behandlar personuppgifter se <http://www.gotland.se/personuppgifter> där det även finns anvisningar om hur du kan ta del av dina personuppgifter.