

Återkallande av fullmakt om att uträtta ärenden på mina vägnar hos socialservicen vid Östra Nylands välfärdsområde

Blanketten återlämnas till den tjänst inom socialservicen som återkallandet gäller. Klienten ska överräcka blanketten personligen eller skicka den med säker e-post till registratorskontoret. Anvisning om hur man skickar säker det vill säga krypterad e-post: [Krypterad e-post - Östra Nylands välfärdsområde \(ostranyland.fi\)](https://ostranyland.fi)

Fullmaktsgivarens uppgifter

Förnamn och efternamn	Personbeteckning
Telefonnummer	

Jag återkallar mitt samtycke till att den av mig utsedda personen skulle få uträtta ärenden på mina vägnar hos följande tjänster inom socialservicen vid Östra Nylands välfärdsområde:

- Tjänster för äldre
- Socialservice för barnfamiljer
- Mental- och missbrukarvård
- Tjänster för personer i arbetsför ålder
- Handikappservice
- Annat, vad? _____

- Denna fullmakt gäller inte följande tjänster inom socialservicen (valfri):

Fullmaktshavare

Förnamn och efternamn	Personbeteckning
-----------------------	------------------

Jag återkallar den fullmakt som jag gett: _____ / _____ 20__

Uppgifterna om återkallandet av en fullmakt att uträtta ärenden på mina vägnar sparas i Östra Nylands välfärdsområdes klientdatasystem.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande av den person som återkallar samtycket
