

Samtycke till att uträtta ärenden för en annan person i socialservicen vid Östra Nylands välfärdsområde

Klientens namn: _____

Personbeteckning: _____

Telefonnummer: _____

Blanketten återlämnas till den tjänst inom socialservicen som samtycke 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 \(ostranyland.fi\)](mailto:Krypterad e-post - Östra Nylands välfärdsområde (ostranyland.fi))

Jag ger mitt samtycke till att den av mig utsedda personen uträttar ärenden för mig 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):

Jag utser följande person att uträtta mina ärenden inom hos de tjänster som nämns ovan:

Personens namn: _____

Personbeteckning: _____

Telefonnummer: _____

Samtycket gäller: (välj ett av alternativen)

- tidsbestämt till ____/____/20____
eller
- tills vidare

Jag är medveten om att jag om jag vill kan återkalla mitt samtycke när som helst genom att skicka en skriftlig anmälan antingen till den ansvarställe eller till registratorskontoret.

Uppgifterna om samtycke sparas i Östra Nylands välfärdsområdes klientdatasystem.

Ort och datum Underskrift och namnförtydligande av den person som ger samtycke
