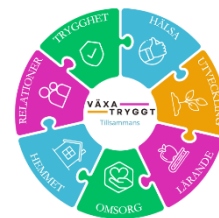


Samtycke

till att få samverka och dela information



Vi arbetar tillsammans för ditt barn

Genom att skriva under denna blankett godkänner du att verksamheterna kan dela och ta del av sådan information som är viktig för att stödet kring dig/ditt barn ska bli så bra som möjligt. Det är bara information som är relevant, nödvändig och proportionerlig som delas, för att på bästa sätt kunna stödja ert barn.

Samtycket gäller för:

Barnets namn	
Barnets personnummer	

Samtycket innefattar:

- Samtycket gäller samverkan för att dela och ta del av information mellan verksamheter rörande ovan namngivna barn.
- Samtycket gäller från och med signerat datum och 12 månader fram.
- Samtycket kan när som helst tas tillbaka genom att kontakta initiativtagare till samverkan.
- Samtycket gäller de verksamheter som deltar i samverkan runt barnet, vid barnteamet:

Skola/förskola

Socialtjänst öppenvård

Annan verksamhet/roll:

Barn- och elevhälsa

Habilitering

Ungdomsmottagning

Barn- och ungdomspsykiatri

Barnhälsovård

Hälsocentral

Annan verksamhet/roll:

Socialtjänst myndighet

Polis

Jag/vi samtycker till att samverkande verksamheter få dela relevant och nödvändig information med varandra:

Datum	
Underskrift vårdnadshavare 1	
Underskrift vårdnadshavare 2	

Ansvarig för inhämtande av samtycke

Namn	
Verksamhet/roll	
Telefonnummer	
E-post	

Samtycket och dina personuppgifter kommer att hanteras enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).