

MEDGIVANDE till Finsam-Rehab

Arbetsförmedling

Försäkringskassan

Region Skåne

Landskrona Stads förvaltningar

Svalövs kommuns förvaltningar

Jag medger att ovannämnda förvaltningar/organisationer utan hinder av sekretess, får lämna ut sådana uppgifter till varandra om min situation, som annars varit sekretessbelagda.

Detta medgivande gäller information som är betydelsefull för min rehabilitering och under den tid rehabilitering inom Finsam pågår.

Medgivandet gäller även information som är helt nödvändiga för att Finsam ska kunna följa upp och utvärdera de rehabiliteringsinsatserna jag har tagit del av. Medgivandet gäller under den tid som behövs för att följa upp insatserna.

Jag kan när jag vill återkalla detta medgivande.

_____den ____/____ 2012

Namnsteckning

Namn:

Personnummer:

Adress: