

För att hjälpa ditt barn på bästa sätt behöver flera enheter inom kommunen och landstinget samverka och lämna information till varandra. Genom att skriva under den här blanketten godkänner du att personal i berörda enheter samverkar kring ditt barn. Samverkan innebär att personal kan ha kontakt med varandra för att överlämna eller utbyta information som gynnar ditt barns utveckling och välmående. Du får givetvis information av berörda parter kring hur arbetet runt ditt barn fortskrider.

Undertecknad lämnar härmed samtycke, enligt offentlighets- och sekretesslagen 12 kap.2 §, till att information angående aktuellt arbete får utbytas mellan nedan definierade verksamheter och samarbetspartner som arbetar för mitt barn.

De verksamheter som kan samarbeta är barnhälsovården, förskolan, skolan och socialtjänsten i Hultsfreds kommun och Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomshabiliteringen i Kalmar läns landsting.

Samtycket gäller endast 6 månader från nedan skrivna datum

Mitt/vårt medgivande gäller

Barnets/elevens namn	Personnummer
Medgivandet gäller mellan	och
Datum	Gäller till den

Underskrift

Namnteckning vårdnadshavare	Namnförtydligande
Namnteckning vårdnadshavare	Namnförtydligande

Denna överenskommelse är upprättad i ett original och varje part har fått en kopia.

Information om behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen:

Vi behandlar dina personuppgifter för att fullgöra vårt uppdrag. Du har rätt till mer information eller få rättelse om uppgifterna är felaktiga. Vänd dig till Personuppgiftsombudet, Box 504, 577 26 Hultsfred, telefon 0495-24 00 00.