

Individsamverkansteam (IST)

Laholm



Samordnings
förbundet
HALLAND

Konsultation Laholms Individsamverkansteam (IST)

Namn	Personnummer
Utdelningsadress, postnummer och postort	Telefon
	Mobil
Remitterande myndighet/instans, handläggare (adress, telefon & e-post)	
Frågeställning	

Medgivande om sekretesslätnad:

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan samverkande parter i Individsamverkansteamet; Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Halland samt Kommunen som sinsemellan får utbyta och diskutera uppgifter om mig utan hinder av sekretess. Samtycket omfattar endast uppgifter som är nödvändiga för att kunna samarbeta i ärendet. Detta samtycke gäller för den tid samarbetet varar och längst ett år från startdatum. Jag kan när som helst återkalla detta samtycke.

Underskrift

Datum

Namnförtydligande