

Konsultation Varbergs Individsamverkansteam (IST)

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

Medgivande om sekretesslättnad:

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan samverkande parter i Individsamverkansteamet; Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Halland samt Varbergs kommun dvs Socialförvaltningen och Utbildnings- och Arbetsmarknadsförvaltningen, 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. Svar på frågeställningen lämnas till remittent och till ansvarig handläggare för ersättning. 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

Undertecknad blankett lämnas till respektive teammedlem eller skickas till:

Individsamverkansteamet i Varberg
Birger Svensson väg 30
432 40 Varberg.