

Jag \_\_\_\_\_personnummer \_\_\_\_\_

ger \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

enhetschefer, personlig assistans i Helsingborgs Stad

samt \_\_\_\_\_ administratör för personlig assistans i

Helsingborgs Stad

tillåtelse att ta del av Försäkringskassans information som rör mitt  
assistansärende.

Signatur: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Ort och datum: