



SANDNES KOMMUNE

Fullmakt til å representere andre

Dette skjemaet skal brukes dersom du gir andre personer fullmakt til å kontakte helse og omsorgstjenesten i Sandnes kommune på vegne av deg.

Du eller den som skal gi fullmakt, må fylle ut papirskjema som leveres eller sendes til den enheten du har mest kontakt med. Foreldre/foresette må ha fullmakt fra barn over 16 år. Dette er fordi den helserettslige myndighetsalderen er 16 år.

Den som skal gi fullmakt, må fylle ut og skrive under på dette skjemaet.

Jeg (tjenestemottaker)

Fornavn/Etternavn:

Fødselsdato:

gir herved

Fornavn/Etternavn:

fullmakt til å ivareta:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Sted..... Dato.....

Signatur tjenestemottaker:

Signatur fullmaktshaver:

Postadresse: Sandnes kommune, postboks 583, 4302 Sandnes

Merkes med aktuell virksomhet: Mestringsenheten, Fysio-/ergoterapitjenesten eller Samordningsenheten