

# Ansökan till barnhälsoteamet i Torsby kommun

\* Obligatoriska fält

## Barnets uppgifter

Barnets namn
Barnets personnummer
Barnets adress
Förskola

## Beskrivning av ärendet

Ge en kortfattad beskrivning (för annan uppgiftslämnare än vårdnadshavare skriv in kontaktuppgifter här)

## Sökandes uppgifter (vårdnadshavare 1)

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
E-post*
Telefon*

Inom Torsby kommun och Region Värmland råder sekretess kring varje enskilt ärende. Barnhälsoteamet är sammansatt av personal från Region Värmland och Torsby kommun. För att vi i barnhälsoteamet ska kunna samarbeta kring ditt barn krävs att ni ger ert godkännande till att denna sekretess upphävs mellan personalen i barnhälsoteamet.

Det som diskuteras i barnhälsoteamet får inte diskuteras med andra personer utan ert samtycke.

Jag lämnar mitt samtycke som sökande\*

Ja

Mitt samtycke kan när som helst återkallas.

## Medsökande (vårdnadshavare 2)

Finns medsökande?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

### Medsökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

E-mailadress

Telefon

Inom Torsby kommun och Region Värmland råder sekretess kring varje enskilt ärende. Barnhälsoteamet är sammansatt av personal från Region Värmland och Torsby kommun. För att vi i barnhälsoteamet ska kunna samarbeta kring ditt barn krävs att ni ger ert godkännande till att denna sekretess upphävs mellan personalen i barnhälsoteamet.

Det som diskuteras i barnhälsoteamet får inte diskuteras med andra personer utan ert samtycke.

Jag lämnar mitt samtycke som medsökande

Ja

Mitt samtycke kan när som helst återkallas.

Namn, adress, personnummer, telefon och e-post behöver vi för att administrera ansökan till barnhälsoteamet. Vill du läsa mer om kommunens hantering av personuppgifter, se webben: [www.torsby.se/gdpr](http://www.torsby.se/gdpr)

### Sökandes underskrift

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

### Medsökande

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift