

Samtycke till samverkan och informationsutbyte mellan myndigheter

Socialtjänsten i _____

Polismyndigheten:

Åklagarkammaren:

Frivård/Kriminalvård:

Region:

Annat: _____

Samverkan avser ärendet:

Namn:

Personnummer:

Datum:

Samtycket gäller endast vid ett samrådstillfälle

Jag samtycker till att ovan ikryssade myndigheter får utbyta den information om mig som de finner nödvändig för att kunna tillgodose mina behov och gemensamt planera stödinsatser och annan samverkan i mitt eller mina aktuella våldsärenden.

Jag vet att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill genom att kontakta min handläggare eller kontaktperson hos någon av myndigheterna.

Underskrift: _____