



SVEDALA KOMMUN

FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person, att ansöka om insatser jml 9:2-10 LSS samt föra min talan gällande dessa insatser.

Fullmaktens giltighetstid

Från och med datum	Till och med datum
--------------------	--------------------

Fullmaktsinnehavaren

Namn	Telefon
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	

Fullmaktsinnehavaren

Namn	Telefon
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Ifylld blankett skickas till: Vård och omsorg, Kommunhuset, 233 80 Svedala.

GDPR: Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig. Personuppgifter som du lämnar kommer att registreras i ett datasystem och används för att administrera din fullmakt. Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid behandling av personuppgifter. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är att uppgiften behövs för att myndighetsutövning ska kunna utföras. Dina uppgifter sparas i enlighet med lagkrav och informationshanteringsplanen. De personuppgifter vi behandlar om dig delas med de personuppgiftsbiträden vi använder för att kunna utföra våra tjänster och fullgöra våra skyldigheter gentemot dig. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Personuppgiftsansvarig är socialnämnden i Svedala kommun. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du genom att kontakta oss på registrator.ks@svedala.se.