

Återkallande av fullmakt att sköta ärenden åt mig

Jag återkallar min tidigare fullmakt att sköta ärenden åt mig inom funktionshindersservicen.

Uppgifter om klienten inom funktionshindersservicen

Namn	Telefonnummer	Personbeteckning
------	---------------	------------------

Återkallelsen gäller följande persons fullmakt att sköta ärenden åt mig inom funktionshindersservicen:

Uppgifter om den person som återkallelsen gäller

Namn	Telefonnummer	Personbeteckning
------	---------------	------------------

Återkallelsen gäller alla ärenden inom funktionshindersservicen. Om du vill behålla en del av fullmakten eller överföra fullmakten till en annan person, ber vi dig sända en ny fullmakt att sköta dina ärenden till funktionshindersservicen vid Västra Nylands välfärdsområde.

Uppgifterna om återkallelsen registreras i socialvårdens klientregister.

Underskrift och datum

Ort och datum	Underskrift av den som återkallar fullmakten samt namnförtydligande
---------------	---