

## Samtycke till att få dela information

Samtycke i samband med intresseanmälan till Danderyds kommuns resursklasser och verksamhet för språkstörning

Genom att skriva under den här blanketten godkänner du att verksamheterna kan dela sådan information som är viktig för att stödet kring dig/ditt barn ska bli så bra som möjligt.

### Samtycke gäller för:

Barnets för- och efternamn	Barnets personnummer
----------------------------	----------------------

### Samtycket gäller endast de verksamheter/roller som samverkar runt barnet:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mottagningsgruppen - en samordnare samt centrala elevhälsan * | <input type="checkbox"/> Barn- och ungdomspsykiatri | <input type="checkbox"/> Annan verksamhet/roll |
|  | <input type="checkbox"/> Habiliteringen             |  |
| <input type="checkbox"/> Avlämnande skola  | <input type="checkbox"/> Logopedmottagning          | <input type="checkbox"/> Annan verksamhet/roll |
| <input type="checkbox"/> Mottagande skola  | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten             |  |

### Jag/vi samtycker till att samverkande verksamheter får dela relevant och nödvändig information med varandra:

Datum	Underskrift vårdnadshavare		
Datum	Underskrift vårdnadshavare		
Samtycket gäller från datum*		Samtycket gäller till datum (max 1 år)*	
Initiativtagare till samverkan	Verksamhet/roll	Telefonnummer	

\*Förslagsvis från 241215 till 250915.

Samtyckesblankett där sekretessen bryts enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Har du frågor eller funderingar kring samtycke, prata gärna med samordnare för mottagningsgruppen.

Du kan när som helst ta tillbaka samtycket genom att kontakta initiativtagare till samverkan ovan.

