

## Fullmakt för Esbo stads funktionshinderservice

### Fullmaktsgivare (person med funktionsnedsättning)

Namn	Personbeteckning
------	------------------

### Fullmaktstagare (person som ges fullmakt att sköta ärenden)

Namn	Personbeteckning
------	------------------

Fullmaktstagaren får sköta följande ärenden åt mig (inklusive elektronisk kommunikation):

Lämna in min ansökan jämte bilagor

Delta i mötena på mina vägnar (jag ska trots fullmakten infinna mig personligen om det behövs för att ärendet ska kunna utredas)

Mottaga uppgifter om hur handläggningen av ansökan framskrider

Mottaga uppgifter om funktionshinderservicens beslut

Mottaga information om följande ärenden:

### Fullmaktens giltighetstid

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ – \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ (högst fem år)

### Underskrifter

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande	Fullmaktstagarens underskrift och namnförtydligande
---	---

### Fullmaktens mottagare

Namn	Ort och datum
------	---------------

### Återkallande av fullmakt

**Fullmaktsgivaren kan när som helst handla i egen sak oberoende av fullmakten.**

**Du kan återkalla fullmakten genom att skriftligen meddela detta, till exempel genom att kryssa för följande punkt:**

Jag återkallar min ovan givna fullmakt

Återkallelsen träder i kraft \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

Fullmaktsgivarens underskrift