

Återkallande av fullmakt att sköta ärenden åt mig

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

Uppgifter om klienten inom funktionshinderservicen

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

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

Uppgifter om den person som återkallelsen gäller

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

Återkallelsen gäller alla ärenden inom funktionshinderservicen. 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 Esbo stads funktionshinderservice.

Uppgifterna om återkallelsen registreras i socialvårdens klientregister.

Underskrift och datum

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