

VALTUUTETUN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Sähköpostiosoite	Puhelinnumero

Valtuutan edellä mainitun henkilön asioimaan puolestani Kangasalan ja Pälkäneen yhteistoiminta-alueen Omapalvelussa, joka on sosiaali- ja terveyskeskuksen vammaispalveluiden sähköinen asiointipalvelu. Hän voi lähettää hakemuksen puolestani vammaispalveluihin ja näkee omapalvelun kautta minulle osoitetut päätökset ja maksut sekä muut asiakirjat jotka liittyvät ko. palveluun.

VALTUUTUKSEN VOIMASSAOLO

- valtuutus on voimassa toistaiseksi ____ / ____ 20 ____ alkaen
- valtuutus on voimassa ajalla ____ / ____ 20 ____ - ____ / ____ 20 ____

Allekirjoittamalla hyväksyn valtuutuksen ja tietojeni tallennuksen sosiaalitoimen tietojärjestelmään.

Paikka ja aika	Valtuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------	---

VALTUUTUKSEN ANTAJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
----------------------	---------------

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa valtuutuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti Kangasalan kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen vammaispalveluihin. Valtuutus peruutaan esimerkiksi silloin, kun asiakkaan puolesta toimiva henkilö ei enää hoida asiakkaan asioita.

Paikka ja aika	Valtuutuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------	--