



**Mall: Samtycke till att bli särskilt
förordnad vårdnadshavare**

Socialförvaltningen X
Besöksadress: X
Box X
Postnummer Ort

Samtycke till att utses till särskilt förordnad vårdnadshavare **eller
tillfällig vårdnadshavare**

Jag/vi samtycker till att vårdnaden av (NN PERS.NR)
överflyttas till mig/oss.

Datum och ort

.....

Namn

Pers.nr.:

Adress:

Telefon/mobilnr.: