

Samtycke till informationsutbyte

Namn	Personnummer
------	--------------

Mitt samtycke gäller endast sådan information som är nödvändig för introduktionen/svenskundervisningen samt utvärdering av denna

Detta samtycke gäller under den tid jag berörs av verksamheten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> SFI – svenska för invandrare: Lärare och rektorer |
| <input type="checkbox"/> Kompetensverkstaden: Praktikanskaffare och praktikhandledare | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen: Platsförmedlare och arbetsvägledare |
| <input type="checkbox"/> Annan | |

Datum	Underskrift	Handläggare
-------	-------------	-------------