

Intresseanmälan – Ny ställföreträdare

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon, bostad	Telefon, arbete	Telefon, mobil	E-post

Mina språkkunskaper. Ange även nivå på språkfärdighet.

Jag är ställföreträdare i andra kommuner <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ange vilka
--	------------

Jag kan ta uppdrag i följande kommuner
 Botkyrka Haninge Huddinge Nynäshamn Tyresö

Bakgrund: Min utbildning, erfarenhet och arbetslivserfarenhet:

.....

.....

.....

.....

.....

Jag är **särkilt** intresserad av följande typ av uppdrag (Om du har kunskaper eller erfarenheter om nedanstående kategorier, skriv under Bakgrund ovan hur du har fått dem):

Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
juridik		äldre		asperger eller autism		ADHD	
arvsskifte		demens		utvecklingsstörning		unga	
redovisning		missbruk		fysiska funktionshinder		skulder	
psykisk sjukdom (specificera)						
annat (specificera)						

Härmed godkänner jag att överförmyndarenheten vid behov gör kontroller av mig som ställföreträdare. Kontroller sker hos överförmyndarnämnden, socialförvaltningen, Kronofogden och i Polisens belastningsregister.

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Personuppgifter som lämnas i denna handling behandlas av överförmyndarnämnden för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ärendet. Behandlingen kan också avse framställning av statistik, debitering av avgift samt uppdatering av adressuppgifter. Du har rätt att en gång per kalenderår, efter skriftlig och undertecknad begäran, få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av överförmyndarnämnden vilken är skyldig att omgående rätta felaktiga och missvisande uppgifter.