



**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.: