



Göteborgs
Stad

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

Socialförvaltningen X
Besöksadress: X
Box X
Postnummer Ort

Samtycke gällande åtagande som särskilt förordnad vårdnadshavare

Jag/vi samtycker till att åta oss uppdraget som särskilt förordnad vårdnadshavare för (NN PERS.NR)

Datum och ort

.....

.....

Namn

Pers.nr.:

Adress:

Telefon/mobilnr.: