

Puolesta-asiointi sosiaalipalveluiden omapalvelussa**Valtuutan:****VALTUUTETUN TIEDOT**

Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero

asioimaan puolestani Ylöjärven kaupungin Omapalvelussa, joka on sosiaalipalveluiden sähköinen asiointipalvelu. Hän voi lähettää hakemuksen puolestani määrittelemiini palveluihin ja näkee omapalvelun kautta minulle osoitetut päätökset ja maksut sekä muut asiakirjat jotka liittyvät ko. palveluun.

Tämä valtakirja oikeuttaa valtuutettua asioimaan seuraavissa palveluissa puolestani:

 Vammaispalvelu**VALTUUTUKSEN VOIMASSAOLO** Valtuutus on voimassa toistaiseksi . .20 alkaen Valtuutus on voimassa . .20 - . .20**PAIKKA, AIKA, VALTUUTETUN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYKS**

Allekirjoittamalla hyväksyn valtuutuksen ja tietojeni tallennuksen Sosiaalitoimen tietojärjestelmään.

Paikka ja aika . .20	Valtuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys
-------------------------	---

VALTUUTUKSEN ANTAJAN TIEDOT

Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus
---------	----------	---------------

PAIKKA, AIKA, VALTUTUKSEN ANTAJAN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYKS

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa valtuutuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti Ylöjärven kaupunki, Peruspalvelukeskus PL 22 33471 Ylöjärvi. Valtuutus perutaan esimerkiksi silloin, kun asiakkaan puolesta toimiva henkilö ei enää hoida asiakkaan asioita.

Paikka ja aika . .20	Valtuutuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
-------------------------	--