

Tämä valtakirja koskee Pirkanmaan hyvinvointialueen

vammaispalveluita

kehitysvammaisten avopalveluita

VALTAKIRJAN ANTAJA

Etunimi ja sukunimi

Henkilötunnus

VALTUUTETTU

Etunimi ja sukunimi

Henkilötunnus

Osoite

Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

VALTUUTUS

Valtuutan edellä mainitun henkilön hoitamaan kaikkia etuasioitani Pirkanmaan hyvinvointialueen vammaispalveluyksikössä ja/tai kehitysvammaisten avopalveluissa.
Kyllä

Valtuutus sisältää sähköisen asiointikanavan ja Omapalvelun kautta tapahtuvan asioinnin.
Kyllä

Valtuutetulle saa antaa valtuutusta koskevat salassa pidettävät tietoni. Kyllä

Valtakirja on voimassa

toistaiseksi

_____._____.20____ saakka.

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa valtuutuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti vammaispalvelutoimistoon.

Päiväys _____.

Valtuuttajan allekirjoitus

Nimenselvennys