



**Trollhättans
Stad**

FULLMAKT

Härmed ger jag _____ följande person
Namn Personnummer

fullmakt att företräda mig i ärende som rör min/mina

☐ Ansökan

☐ Pågående Insatser

☐ Hyror/Avgifter

☐ Andra frågor. Ange vilka: _____

Namn _____ Personnummer _____

Relation _____ Telefonnummer _____

Fullmakten gäller tills vidare. För att återta samtycket kontaktas Enheten
för myndighetsutövning – stöd och omsorg via Trollhättans stads
Kontaktcenter på telefonnummer 0520 – 49 50 00

Datum _____

Sökandes underskrift

Fullmakten skickas:

Digitalt



[Enheten för
myndighetsutövning
– stöd och omsorgs
säkra e-brevlåda](#)

Via post

Trollhättans Stads Kontaktcenter

Enheten för myndighetsutövning –
stöd och omsorg
Trollhättans Stad
Box 981
461 29 TROLLHÄTTAN