

Avlösarservice inom närståendevården**A. AVLÖSARE****B. VÅRDTAGARE**

Förnamn och efternamn	Endast initialer
-----------------------	------------------

C. DATUM DÅ AVLÖSAREN VÅRDAT VÅRDTAGAREN

Datum	Klockslag	Datum	Klockslag	Datum	Klockslag

Avlösaren får ersättning mot redovisning.

Avlösarens underskrift	Närståendevårdarens
------------------------	---------------------

TJÄNSTEMANNENS GODKÄNNANDE OCH UNDERSKRIFT

Datum	Underskrift
Kontering	Summa

De personuppgifter du lämnar in via denna rapport används för att möjliggöra Kommunernas socialtjänsts k.f. behandling av ditt ärende och för att kunna ge dig den service som du söker. Uppgifterna sparas i förbundets datasystem tills syftet med behandlingen av dina personuppgifter är uppfyllt. Hanteringen av dina personuppgifter sker i enlighet med EUs dataskyddsförordning (GDPR). Läs mer på www.kst.ax.

Anmälan lämnas in till Kommunernas socialtjänst k.f., Skarpansvägen 30, 22100 Mariehamn
E-post: socialkansliet@kst.ax