## **Samtykkeerklæring til indhentning og viderebringelse af personlige oplysninger**

| Navn: | CPR-nummer: |
| --- | --- |
| Adresse: | Telefon: |

Jeg giver hermed samtykke til, at Institut for Syn, Hørelse og Døvblindhed kan indhente, registrere og videregive relevante helbredsmæssige oplysninger til hjemkommunen i forbindelse med ansøgning om kommunikationsydelser eller hjælpemidler.

Samtykkeerklæringen er gyldig i 2 år fra underskriftsdato eller til den helt eller delvist tilbagekaldes.

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: | Underskrift:  |

|  |
| --- |
| Ved stedfortrædende samtykke: Underskriv ovenfor og skriv navn og relation med blokbogstaver: |