



Tämä valtakirja koskee Tampereen ja Oriveden kaupunkien yhteistoiminta-alueen

- 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 Tampereen ja Oriveden kaupunkien yhteistoiminta-alueen 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 \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valtuuttajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys