



Gällivare
kommun



Pajala
KOMMUN



JORCKMOKS KOMMUN
JÄRNSÄGRET KOMMUNEN
JÄRNSÄGRET KOMMUN

Datum:

Lapplands överförmyndarnämnd

Ansökan om avsägelse av uppdraget som ställföreträdare

Huvudman/Omyndig

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort	
Vistelseadress	Postnummer	Postort	

God man/Förvaltare/Förmyndare/medförmyndare

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort	
Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon kvällstid (även riktnr)		
E-postadress			

Jag ansöker härmed om att entledigas från mitt uppdrag som god man/förvaltare/medförmyndare för min huvudman.

Jag är medveten om att jag kvarstår som ställföreträdare i mitt uppdrag, tills dess att överförmyndarnämnden har hittat en villig ställföreträdare som tar på sig uppdraget, samt att överförmyndariet har hunnit fatta beslut om byte av ställföreträdare.

Motivering (frivillig uppgift):

Underskrift

Ort och datum
Namnsteckning
Namnförtydligande

Postadress
Överförmyndarnämnden
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gellivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se