

Ansökan om byte av daglig verksamhet

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Önskad utförare: _____

Nuvarande utförare: _____

Datum: _____

Arbetstagarens underskrift: _____

OBS! Uppsägningstiden för byte är normalt tre månader efter det att biståndshandläggare underrättat utföraren om bytet.

Om den utförare du önskar byta till inte har plats för dig, ställs du i kö.

Skicka din ansökan till;

Socialförvaltningen
Östhammars kommun
Box 36
742 21 Östhammar