



IFYLLS AV MYNDIGHETEN

Ankomstdag

1. SÖKANDENA

Intressebevakare	
Släktnamn	
Förnamn	Personbeteckning
Adress	
Postnummer	Postanstalt
Telefon	E-postadress
Jag ger mitt samtycke till att beslutet tillkännages mig elektroniskt via Suomi.fi-meddelanden eller per krypterad e-post.	
Huvudman	
Släktnamn	
Förnamn	Personbeteckning
Adress	
Postnummer	Postanstalt
Telefon	E-postadress
Jag ger mitt samtycke till att beslutet tillkännages mig elektroniskt via Suomi.fi-meddelanden eller per krypterad e-post.	

2. ANSÖKAN

Vi ansöker om att intressebevakarens uppdrag ska upphöra som obehövlig.

3. MOTIVERINGAR

Grunder varför intressebevakningen ska upphöra.



4. UNDERSKRIFTER

Ort och tid	Intressebevakarens underskrift Namnförtydligande
-------------	---

Ort och tid	Huvudmannes underskrift Namnförtydligande
-------------	--

5. BILAGOR

Nödvändiga bilagor: Läkarutlåtande
