

Anhörigblankett

Uppgifter om nära anhöriga till medarbetare

Namn	Datum
------	-------

Anhörig 1

Namn		Relation
Adress		Postnummer Ort
Telefonnummer dag	Telefonnummer kväll	Mobilnummer

Jag samtycker att min ovan angivna anhörigs arbetsgivare behandlar ovanstående personuppgifter i ett personalregister.

Underskrift

Ort och datum
Anhörig 1 underskrift
Namnförtydligande

Anhörig 2

Namn		Relation
Adress		Postnummer Ort
Telefonnummer dag	Telefonnummer kväll	Mobilnummer

Jag samtycker att min ovan angivna anhörigs arbetsgivare behandlar ovanstående personuppgifter i ett personalregister.

Underskrift

Ort och datum
Anhörig 2 underskrift
Namnförtydligande

Uppgifterna behandlas konfidentiellt och används endast i händelse av olycksfall eller liknande. Uppgifterna kommer att gallras ut när din anställning hos oss upphört.