

## Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet (DUKH)

### Fuldmagt

Mit navn:	Mit CPR-nr.:
Min adresse:	Mit telefonnr.:
Handicap:	Kommune:

Jeg giver fuldmagt til at:

Navn:	CPR-nr.:
Adresse:	Telefonnr.:

kan modtage rådgivning i DUKH på mine vegne.

Henvendelsen til DUKH handler om:

Fuldmagten bortfalder, når DUKH ikke har givet rådgivning vedrørende ovenstående henvendelse de seneste 12 måneder. Jeg kan dog når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til DUKH.

Jeg giver desuden samtykke til, at mine personoplysninger registreres digitalt i DUKHs it-system - oplysningerne deles ikke med andre.

Dato:	Min underskrift:
-------	------------------