

Samtliga dödsbodelägare intygar härmed ett samtycke till socialförvaltningen i Orsa kommun att genomföra dödsboanmälan avseende dödsboet efter

Avlidnes förnamn	Avlidnes efternamn	Personnummer
------------------	--------------------	--------------

Underskrift av alla dödsbodelägare

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Underskrift		Ort och datum

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Underskrift		Ort och datum

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Underskrift		Ort och datum

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Underskrift		Ort och datum

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Underskrift		Ort och datum

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Underskrift		Ort och datum

Information om behandling av personuppgifter

Orsa kommun kommer att behandla dina/era personuppgifter för myndighetsutövning och andra arbetsuppgifter inom nämndens verksamhetsområde. Uppgifterna används enligt dataskyddsförordningens artikel 6.1. Uppgifterna förvaras i ett dokument- och ärendehanteringssystem/verksamhetssystem och gallras enligt gällande dokumenthanteringsplan. Uppgifterna kan komma att överföras till andra system inom kommunen samt externa myndigheter/ verksamheter. För mer information om detta så kontaktar du verksamhetens dataskyddskontaktperson. Läs mer om personuppgifter och behandling av personuppgifter på www.orsa.se.