

Medborgarinitiativ

Rubrik som sammanfattar ditt förslag:

Beskriv ditt förslag och vad du vill ska hända:

Välj hur lång tid förslaget ska gå att rösta på:

- ☐ En månad
☐ Två månader
☐ Tre månader

Dina kontaktuppgifter

Förnamn	Efternamn
E-post	

Vi kan behöva kontakta dig om vi har frågor om ditt förslag.
Fyll din adress om du inte har någon e-postadress.

Adress	
Postnummer	Postort

Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer
E-post	

Vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavarnas samtycke.

☐ Ensam vårdnad

☐ Gemensam vårdnad

Vårdnadshavare två

Vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna lämna samtycke och skriva under förslaget.

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer

☐

Jag/vi godkänner att mitt/vårt barns namn kommer att visas tillsammans med förslaget på Värnamo kommuns webbplats.

☐

Jag/vi samtycker till att Värnamo kommun sparar och behandlar våra personuppgifter för att kunna hantera förslaget.

Du har rätt att kontakta oss om du vill ha information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Du hittar mer information på www.varnamo.se/personuppgifter.

Datum

Namnteckning vårdnadshavare

Datum

Namnteckning vårdnadshavare två