

Ankomstdatum	Signatur
HSA-id	SE2120003005-

Återlämning av SITHS-kort

Avregistrering i HSA-katalogen, Uppsala kommun

Kommentar:

Person med uppdrag inom följande verksamhet	
Vårdgivare HSA:	
Vårdenhet HSA:	
Personuppgifter	
Personnummer:	
Tilltalsnamn:	
Efternamn:	

Med nedanstående underskrift intygas att:

- jag har läst instruktionen *Återlämning av SITHS-kort*
- jag förstår vad det innebär att avregistrera personuppgifterna
- ovanstående uppgifter är korrekta

Attest beställare/behörighetsadministratör	
Datum	
Underskrift	
Namnförtydligande	

Beställningen skickas till: Uppsala kommun Att: SITHS-kort Verkstadsgatan 3 B 753 75 Uppsala	Information: Frågor kan skickas via e-post till it.support@ uppsala.se . Läs mer om HSA/SITHS och Säkerhetstjänster på utforare. uppsala.se och på www.inera.se .
---	--