Samtycke (malldokument: detta dokument kommer att ändras på lämpligt sätt)

I detta dokument anges välfärdsområdets samtycke till att övergå till att bli projektadministratör (understödstagare) ELLER användare av understöd i projektet (delgenomförare).

Ansvaret för att ordna social- och hälsovård enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) övergår från kommunerna och samkommunerna till välfärdsområdena den 1 januari 2023. Välfärdsområdesfullmäktige har samtyckt till överföring av statsunderstöd samt administration och fortsättning av projektet i välfärdsområdet ELLER Välfärdsområdesfullmäktige har samtyckt till att välfärdsområdet blir en av projektets delgenomförare dvs. användare av understödet. Detta samtycke fogas till den ansökan som lämnas in till social- och hälsovårdsministeriet om överföring av statsunderstöd för användning i välfärdsområdet.

Välfärdsområdets namn:

FO-nummer:

Postadress:

Postnummer och postort:

E-post (registratorskontor):

Kontaktperson:

Kontaktpersonens jobbtitel:

Kontaktpersonens e-post och telefon:

Projektets namn:

Ärendenummer för understödsbeslutet (VN/xxxx/åååå):

Samtycke till elektronisk delgivning:

Ja, jag samtycker till att social- och hälsovårdsministeriets beslut om ansökan om statsunderstöd sänds som elektronisk delgivning utan att beslutet skickas separat till följande e-postadress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nej, jag samtycker inte till att beslutet om ansökan om statsunderstöd sänds som elektronisk delgivning (beslutet sänds med brevposten)

Ort och datum

|  |
| --- |
|  |

Titel och underskrift\*

|  |
| --- |
|  |

\* samtycket undertecknas av en person som har namnteckningsrätt.

De personuppgifter som angetts i blanketten behandlas i enlighet med den gällande dataskyddslagstiftningen. Mera information om dataskydd finns på webbsidan stm.fi/sv/dataskydd