

FULLMAKT

Härmed ger jag (asylsökandes namn).....

född (datum)..... Migrationsverkets doss.nr

fullmakt till

(namn)

(tel).....

(adress)

epost el. faxnr.....

att föra min talan och ta del av samtliga handlingar, inkl. sjukvårdsjournaler, som rör min ansökan om uppehållstillstånd.

Fullmakten gäller inför Migrationsverket, Migrationsdomstolen, utlännings- och gränspolisens, sjukvården och alla andra institutioner eller personer som kan beröras av ärendet.

(Datum).....

(Namn).....
(namnförtydligande)

Namnsteckningen bevittnas av:

(Namn).....
(namnförtydligande)

(Tel. nr)