



Gällivare  
kommun



Pajala  
KOMMUN



JOKKMOKKS KOMMUN  
JÄRPEÅSÄHRE KOMMUNNNA  
JÄTKAMÄTKI SUOHKAN

Datum:

## Lapplands överförmyndarnämnd

### Ansökan om avsägelse av uppdraget som ställföreträdare

#### Huvudman/Omyndig

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postnummer	Postort
Vistelseadress		Postnummer	Postort

#### God man/Förvaltare/Förmyndare/medförmyndare

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postnummer	Postort
Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon kvällstid (även riktnr)		
E-postadress			

Jag ansöker härmed om att entledigas från mitt uppdrag som god man/förvaltare/medförmyndare för min huvudman.

Jag är medveten om att jag kvarstår som ställföreträdare i mitt uppdrag, tills dess att överförmyndarnämnden har hittat en villig ställföreträdare som tar på sig uppdraget, samt att överförmyndandet har hunnit fatta beslut om byte av ställföreträdare.

Motivering (frivillig uppgift):

#### Underskrift

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande

OF 2025-06

**Postadress**  
Lapplands  
överförmyndarnämnd  
Gällivare kommun  
982 81 GÄLLIVARE

**Telefon**  
0970-81 80 00 (växel)

**Hemsida/E-post**  
www.gallivare.se  
overformyndarnamnden@gallivare.se