

# RAB Regionala Anpassningsgruppen Bygg

## Anmälan av ärende till RAB Regionala anpassningsgruppen Bygg

### Personuppgifter

Namn: ..... Personnr: .....

Fullständig adress: .....

Telefon: ..... Körkort: .....

E-post: .....

Yrke: ..... Yrkesbevis: .....

Om medlem i fackförbund ange vilket (frivillig uppgift): .....

Ange vilken målgrupp personen tillhör: ..... Funktionsnedsatt ..... Nyanländ ..... Långtidsarbetslös .....

Arbetsgivare: ..... Kontaktperson: .....

Fullständig adress: .....

Handläggare AF: ..... AF-kontor: .....

E-postadress AF: ..... Telefon: .....

Sjukskriven fr o m: ..... FK-kontor: .....

Handläggare FK: .....

Diagnos: .....

Övrigt: .....

Underskrift anmälare av ärende ..... Telefon .....

### Organisation

#### Samtycke till behandling av personuppgifter och hävning av sekretess

Härmed ger jag mitt samtycke till att representant från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbetsgivarorganisation, facklig organisation samt Galaxen Bygg AB får ta del av samt lämna ut handlingar och information om mig. Information om behandling av personuppgifter enligt GDPR och annan dataskyddslagstiftning framgår på webbsidan <https://galaxenbygg.se/dataskydd> vilket jag nu tagit del av.

Ort: ..... Datum: .....

### Namnteckning

Ifylld blankett ska vara aktuell RAB grupp tillhanda senast en vecka innan möte.  
Mottagare av anmälan finns under kontaktsidan för respektive anpassningsgrupp.