**Fullmakt**

Navn:.............................................................................................................................................

Eventuelt tidligere navn:...............................................................................................................

Fødselsnummer (11 siffer):...........................................................................................................

Adresse:.........................................................................................................................................

Telefonnummer:............................................................................................................................

Jeg gir med dette fullmakt til at ................................................................... kan innhente taushetsbelagte opplysninger vedrørende min person som befinner seg hos Arkivverket. Opplysningene kan gjelde helseforhold, straffesaker og andre politisaker, skolegang, sivile tvister og andre typer taushetsbelagte opplysninger [fjern eller legg til type dokumentasjon etter hva som er riktig].

**Opplysninger om fullmektig**

Navn: ............................................................................................................................................

Adresse: ........................................................................................................................................

Telefonnummer:............................................................................................................................

I tillegg til at begge må underskrive, må vi også ha kopi av legitimasjon fra både deg og din fullmektig. Fullmakten er gyldig i ett år etter at den er underskrevet.

 Din underskrift Sted og dato

Underskrift fullmektig Sted og dato