

**Kommunstyrelseförvaltningen**  
Överförmyndarenheten

Ångermanlands tingsrätt  
Box 114  
871 23 Härnösand

## Ansökan om upphörande av godmanskap/förvaltarenskap enligt 11 kap. 21 § föräldrabalken.

### Sökande

God man      Förvaltare       Egen ansökan       Anhörig

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Personnummer

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mail

### Huvudman

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Personnummer

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mail

När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: [www.harnosand.se/gdpr](http://www.harnosand.se/gdpr)

**Jag ansöker härmed om att godmanskapet/förvaltarenskapet för ovan angivna huvudman ska upphöra med anledning av:**

### Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnteckning sökande

\_\_\_\_\_  
Samtycke från huvudman

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande