



Årlig omprövning av förvaltarskap

Aktbilaga nr

Huvudmannens namn

Personnummer

Anser Du, mot bakgrund av bifogad information:

1. Att förvaltarskapet skall bestå?

JA

NEJ

Motivera Ditt ställningstagande

2. Att förvaltarskapet skall ha samma omfattning som i dag?

JA

NEJ

Om NEJ, vilken förändring i omfattning anser Du skall ske?

Ort och datum

Förvaltarens namnteckning

Överförmyndarens noteringar

**Beslut:**

Överförmyndaren har **inte** funnit skäl att begära att förvaltarskapet skall upphöra eller på annat sätt ändras.

Överförmyndaren har funnit skäl att begära att förvaltarskapet skall upphöra eller på annat sätt ändras; enligt bilagd redovisning.

Datum

Namnteckning