Skellefteå kommun

Överförmyndarnämnden

Ansökan om godmanskapets upphörande

Härmed ansöker jag om att godmanskapet för mig upphör	
Namn	**Personnummer**
Skälet till detta är följande;	

Ort och datum

……..

Underskrift

……..

Postadress
Överförmyndarnämnden
931 85 Skellefteå

Besöksadress
Trädgårdsgatan 7
Plan 1

Telefon, kundtjänst
0910-73 50 00
Tryck 3

E-postadress:
overformyndarnamnden@skelleftea.se
Hemsida:
www.skelleftea.se/godman