



# Överklagansformulär

För åtgärd till incident

**Allmänt** Detta överklagansformulär skall undertecknas av överklagande part. Överklagande part kommer att representera ärendet på Kåren.

**Överklagande** Fullständigt namn och kontaktuppgifter.

Namn

Mobiltelefon

E-post

## Ärende

Ärende som överklagan avser

Fullständigt namn på person(er) som överklagan avser och berör

## Motivering

Motivera varför du anser att beslutet bör överklagas. Var gärna så specifik och utförlig du kan för att underlätta behandlingen.



**Medgivande**

Följande personer stödjer överklagan. Överklagande part representerar dessa i behandlingen av ärendet.

Fullständigt namn

Telefon och e-post

Signatur

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Göteborg

den

Namnteckning