

## **Mall för blankt överklagande med anståndsansökan**

Till

Datum:

Via

**Överklagande av**

**beslut fattat**

**avseende**

**fick del av beslutet**

**Klagande**

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefonnummer:

E-postadress:

Vårdnadshavare/God man/Förvaltare Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefonnummer:

E-postadress:

Ombud

Namn:

Adress:

Telefonnummer, arbete och mobil:

E-postadress:

överklagar härmed

ovanstående beslut.

**Yrkande:**

yrkar att

med ändring av  
beslut,

**Ansökan om anstånd:**

ansöker om anstånd till  
för att utveckla talan.

Ort:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande: