

Återkallelse av samtycke till medicinsk åldersbedömning

Använd den här blanketten för att återkalla det samtycke som du tidigare har lämnat för att genomgå medicinsk ålderbedömning. Du har rätt att återkalla ditt samtycke fram till dess att Rättsmedicinalverket har skickat sitt utlåtande till Migrationsverket. Om du vill får du gärna ange anledningen till att du vill återkalla ditt samtycke.

Skriv ut blanketten och skriv under den. Det är viktigt att både den som är asylsökande och ställföreträdaren skriver under blanketten. Skicka den sedan till den enhet som handlägger din ansökan om asyl.

Mer information hittar du på www.migrationsverket.se.

1. Personuppgifter

Efternamn, förnamn		
Adress		
Födelsedatum (ÅÅÅÅMMDD)	Medborgarskap	Dossiernummer

Jag vill återkalla mitt samtycke till att genomgå medicinsk åldersbedömning.

2. Anledning till återkallelse (frivilligt)

--

3. Underskrift av asylsökande

Ort och datum	Namnunderskrift

4. Underskrift av ställföreträdare (god man/biträde)

Efternamn, förnamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)
Ort och datum	Namnunderskrift