|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hallsbergs kommun Kommunstyrelseförvaltningen  **Kommunstyrelseförvaltningen**  Administrativa avdelningen |  | |  |
|  |  | |
|  |  | |
|  | | | |
|  |  | | |
|  | | | |

# Överklagan av beslut

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Ange nämnd och datum för det beslut du önskar överklaga. Ange eventuellt diarienummer/paragraf för beslutet. | | Berätta vilken ändring du vill ha och varför. Eventuella handlingar som styrker din uppfattning kan med fördel bifogas. | |  |

## Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postadress |
| E-postadress | |
| Telefon hem/arbete | Mobiltelefon |

## Underskrift

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
| Underskrift | Namnförtydligande |

## Villkor för Hallsbergs kommuns behandling av överklagande

|  |
| --- |
| Överklagandet måste ha inkommit till Hallsbergs kommun samt berörd nämnd/beslutsfattare senast inom tre veckor efter att du fått information om beslutet. Om ditt överklagande inkommer senare än tre veckor, kan ärendet ej behandlas.  Nämnden/beslutsfattare prövar ditt överklagande och kommer att sända skrivelsen vidare till förvaltningsrätten respektive länsstyrelsen, om nämnden/beslutsfattaren inte ändrar beslutet på det sätt som du har begärt.  Du är välkommen att bifoga eventuella handlingar som styrker din uppfattning vid överklagan. |