



UTBILDNINGSFÖRVALTNINGEN  
AVDELNINGEN FÖR ENSKILT DRIVEN/  
FRISTÅENDE VERKSAMHET

**UPPSÄGNING AV PLATS**  
I ENSKILT DRIVEN VERKSAMHET

**OBS! Uppsägningstiden är 1 månad**

Enhetens namn	Stiftelsen Solhemmet	Telefon	08-761 61 60
Adress	Duvbovägen 94	Postadress	Box 8152, 163 08 Spånga

**Barnet**

Namn	Personnummer
------	--------------

**Vårdnadshavare**

Namn	Personnummer
------	--------------

**Avslut**

Placeringen avslutas (datum) .....	inklusive 1 uppsägningsmånad
------------------------------------	------------------------------

**Undertecknande anordnare och vårdnadshavare är överens om ovanstående**

Stockholm den .....

Stockholm den .....

.....  
Vårdnadshavare

.....  
Firmatecknare