

Kommunal Fuldmagt

Jeg, [Fulde Navn],
født den [Fødselsdato]
med CPR-nummer [CPR-nummer]
og adresse [Adresse],

giver herved fuldmagt til:

[Modtagers Fulde Navn],
født den [Modtagers Fødselsdato]
med CPR-nummer [Modtagers CPR-nummer]
og adresse [Modtagers Adresse],

til på mine vegne at repræsentere mig overfor myndighederne i [specifik kommunal enhed eller institution], herunder, men ikke begrænset til, følgende områder:

1. [Specifik opgave eller beslutning, som fuldmagtshaver skal håndtere]
2. [Anden opgave eller myndighedsrelation]
3. [Yderligere relevante opgaver]

Fuldmagten gælder fra [Startdato] til [Slutdato] eller indtil den bliver tilbagekaldt skriftligt.

Dato: [Dato for udstedelse]

[Fulde Navn]
[Underskrift]

[Modtagers Fulde Navn]
[Underskrift, hvis ønskes]