

**FULLMAKT UTFÄRDAD AV VALOMBUDET  
TILL VÄLFÄRDSOMRÅDESVALNÄMNDEN**  
enligt 143 f § i vallagen

**Välfärdsområdesval**

Namnet på välfärdsområdet

Valdag

Härmed befullmäktigar jag personen nedan att på mina vägnar göra den ansökan, det meddelande eller den rättelse som avses i 143 f § i vallagen.

Ort

Datum

<b>Fullmäktig</b>	Namn (efternamn först)  Adress  Telefon  E-postadress
<b>Fullmaktsgivare</b>	Valombudets / ersättarens namn (efternamn först)    Personbeteckning
	Valombudets / ersättarens signatur
	Partiets namn <input type="checkbox"/>
	Beteckningen för den gemensamma listan <input type="checkbox"/>
	Namnet på kandidaten för en valmansförening som inte hör till en gemensam lista <input type="checkbox"/>