

Ärendenummer

Begäran omprövning av beslut

Skicka blanketten till:
Arbetsförmedlingen
Enheten Omprövning
Box 80
826 22 Söderhamn

Vem begär omprövning? Är du arbetsökande eller arbetsgivare?

Arbetsökande		
Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Ombud, god man eller förvaltare		
Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Fullmakt bifogas		

Arbetsgivare		
Företgets namn	Organisationsnummer	
Kontaktperson hos arbetsgivaren	Telefonnummer	
Ombud		
Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Fullmakt bifogas		

Vad gäller beslutet?

--

Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras? (Fortsätt på nästa sida vid behov)

--

Antal bifogade filer

Underskrift av den som begär omprövning

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

Ärendenummer

Begäran omprövning av beslut

Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras? (Fortsättning)