Den dato

**Anmodning om mulighedserklæring**

Du anmodes herved om at indhente en mulighedserklæring.

Da vi skal udfylde første del af mulighedserklæringen i fællesskab, indkaldes du hermed til møde den **dag, dato, tidspunkt, sted, mødelokale**.

Du har mødepligt til samtalen om mulighedserklæring, hvis din sygdom tillader det. Hvis du har lovligt forfald bedes du kontakte undertegnede herom.

Anden del af mulighedserklæringen skal udfyldes af din egen læge. Lægen skal vurdere indholdet af erklæringens første del, og sammenholde det med en lægefaglig vurdering af dit helbred.

*Du bedes derfor allerede nu få en tid ved lægen, således du kan komme til læge snarest muligt efter vores møde.*

Når du har været ved lægen, bedes mulighedserklæringen sendt retur til sted og adresse, att. navn, senest den dato (tidligst 14 dage efter mødet).

Mulighedserklæringen betales af Hjørring Kommune, arbejdssted, og din læge skal sende regningen elektronisk via EAN-nummer EAN-nummer.

Med venlig hilsen