# **Taushetsavtale -** For tillitsvalgte i lokallagene

Jeg forstår at

* jeg i mitt arbeid for Autismeforeningen i Norge,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- lokallag vil kunne få kjennskap til forhold som det av hensyn til medlemmet, pårørende eller andre er nødvendig å bevare taushet om.
* Taushetsplikten gjelder også etter at jeg har avsluttet tillitsvervet.
* Alle Autismeforeningens tillitsvalgte og likepersoner er bundet til denne taushetserklæringen.

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted/dato Tillitsvalgtes underskrift