

Besvärblankett / Appeal form

1. Mina uppgifter / My details

Personbeteckning / Personal identity code	Förnamn och efternamn / First name and last name
Adress / Address	
E-post / E-mail	

2. Beslutsnummer / Number of the decision

--

3. Yrkanden / Claims

Hur jag vill att beslutet ska ändras eller vad jag tycker är fel i beslutet / How I want the decision to be changed or what I think is wrong in the decision.

4. Motivering / Justification

Varför jag tycker att beslutet är felaktigt / Why I think the decision is wrong.

5. Övriga upplysningar / Other information

--

6. Bilagor / Attachments

Jag bifogar följande bilagor till mitt besvär / I attach the following attachments to my appeal.

7. Underskrift / Signature

Ort och datum / City and date	Underskrift / Signature

Besöksadress:
AMS
Nygatan 5, Mariehamn
www.ams.ax

Postadress:
Ålands arbetsmarknads- och studieservicemyndighet
PB 2026
AX-22111 Mariehamn

Telefon:
+358 18 25501

E-post:
info@ams.ax