



Länsstyrelsen
Västra Götaland

Anmälan

Fyll i blanketten och skicka via post, på ett säkert sätt till: Länsstyrelsen Västra Götalands län
Tillsyn Säkerhetsskydd
Enheten för samhällsskydd och beredskap
403 40 Göteborg

Anmälan om avsikt att ingå säkerhetsskyddsavtal

Denna anmälan ska göras till Länsstyrelsen Västra Götaland när en verksamhetsutövare avser att teckna säkerhetsskyddsavtal. Dessförinnan ska verksamhetsutövaren ha gjort en särskild säkerhetsskyddsbedömning, lämplighetsprövning och ha tagit fram ett utkast till säkerhetsskyddsavtal.

Kontaktuppgifter

Verksamhetsutövare	Organisationsnummer
Adress	

Namn, ansvarig uppgiftslämnare	Titel/funktion
E-postadress	Mobilnummer

Namn, säkerhetsskyddschef	
E-postadress	Mobilnummer

Uppgifter om säkerhetsskyddsavtalet

Beskriv kortfattat det projekt/uppdrag som säkerhetsskyddsavtalet avser.

Har ni gjort en särskild säkerhetsskyddsbedömning (SSB)

Om ja, datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) för fastställande:	Om nej: <input type="checkbox"/> Påbörjad <input type="checkbox"/> Ej påbörjad
--	--

Ange på vilken nivå som säkerhetsskyddsavtalet avser att tecknas

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
----------------------------	----------------------------	----------------------------

Kommer aktören/motparten att ta del av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter, uppge säkerhetsskyddsklass

<input type="checkbox"/> Begränsat hemlig	<input type="checkbox"/> Konfidentiell	<input type="checkbox"/> Hemlig	<input type="checkbox"/> Kvalificerad hemlig	<input type="checkbox"/> Inte aktuell
---	--	---------------------------------	--	---------------------------------------

Kommer aktören/motparten att få tillgång till i övrigt säkerhetskänslig verksamhet, uppge konsekvensnivå

<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Inte aktuell
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Har ni dokumenterat er lämplighetsprövning av förfarandet?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Underskrift

Härmed intygas att de uppgifter som lämnats i anmälan är fullständiga och riktiga.

Underskrift	Namnförtydligande
Ort	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Så här hanterar vi dina personuppgifter

Information om hur vi hanterar dessa hittar du på www.lansstyrelsen.se/dataskydd