

För att ansökan skall behandlas bör legitimerad läkare fyllt i läkarintyget på sidan 2. För parkeringstillståndet fordras ett välliknande foto och namnteckning, se bilaga till ANSÖKAN. Kommunen beslutar om fotot skall inlämnas med ansökan eller då tillståndet beviljas.

Jag ansöker för första gången Jag ansöker om förlängning av tidigare beviljat parkeringstillstånd med tillståndsnr

Sökande

Namn	Personnummer
Bostadsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon bostaden (öven riktnr)
Arbetsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon arbetet (öven riktnr)

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl

--

Jag kör normalt själv fordonet Jag kör aldrig själv

Annan person som normalt kommer att köra fordonet (frivillig uppgift)

Namn	Adress
<input type="checkbox"/> Maka/Make <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Annan person	

Bifogade handlingar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Kopia av tidigare parkeringstillstånd i denna eller annan kommun	Annan handling
---	----------------

Jag ger mitt tillstånd till att nämndens handläggare och konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Ovanstående uppgifter, foto och namnteckning (se bilaga till ANSÖKAN) samt uppgifter om om tillståndets giltighet m m kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL) samt Lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Ort och datum

Underskrift

Nämndens noteringar

--