



För att ansökan skall kunna behandlas fordras att leg. läkare fyllt i sid. 2 på denna blankett. Lämnade personuppgifter på denna sida kommer att införas i ADB-baserat register.

Askersunds kommun
Tekniska förvaltningen
Box 6
696 21 Askersund

OBS! Den 1 maj 2000 trädde nya regler i kraft för utformande av parkeringstillstånd för rörelsehindrade personer. Vid ett ev. beviljande kommer en bilaga att sändas ut som skall kompletteras av Er med namnteckning och ett välliknande foto. Denna bilaga skall sedan överlämnas personligen och legitimation måste uppvisas vid detta tillfälle.

- Nytt tillstånd** **Jag kör fordonet själv**
 Förlängning av tidigare erhållet tillstånd **Jag är passagerare, ange namn och personnummer på huvudsaklig förare:**

Namn:
Personnummer:

Uppgifter om sökande:

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel. bostad:
Postnr. Ort:	Tel. arbete:
Nummer på ev. tidigare utfärdat tillstånd:	Giltigt till:

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl:

Jag ger mitt tillstånd att till kommunens handläggare och förtroendeläkare vid behov får kontakta intygs-skrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Datum:	Underskrift:
--------	--------------

Ifylls ej av den sökande

BESLUT	
Datum:	Delegationsbeslut nr:
<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas	<input type="checkbox"/> Ansökan avslås
<input type="checkbox"/> 1 år <input type="checkbox"/> 2 år <input type="checkbox"/> 3 år	
Handläggarens underskrift:	
.....	
Gatuingenjör Marcus Wikström	

OBS! Hanläggningstiden är c:a 4 veckor