



För att ansökan skall kunna behandlas fordras läkarintyg. Lämnade personuppgifter på denna sida kommer att införas i ADB-baserat register.

Nytt tillstånd

Jag kör fordonet själv

Förlängning av tidigare erhållet tillstånd

Jag är passagerare. Ange namn och personnummer på huvudsaklig förare:

**Glöm inte att skicka med foto!**

Namn:

Personnummer:

**Uppgifter om sökande:**

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel. bostad:
Post.nr, Ort	Tel. arbete:
Nummer på ev tidigare tillstånd:	Giltigt t.o.m

**Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl:**


Jag ger mitt tillstånd till att kommunens handläggare och förtroendeläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande uppgifter.

Datum	Underskrift
-------	-------------

**Ansökan, läkarintyg samt foto skickas till:**

Askersunds kommun  
Trafik- och transporthandläggare  
696 82 Askersund

**Fylls i av kommunen**

<b>BESLUT</b>	
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	
_____ <b>Trafik- och transporthandläggare</b>	