



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:

1:
2:
3:

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

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	
_____ Trafik- och transporthandläggare	