

ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRAD

För att ansökan ska kunna behandlas krävs ett nytaget välliknande fotografi (av typ passfoto), sökandes namnunderskrift samt ett läkarintyg ifyllt på avsedd blankett undertecknad av legitimerad läkare

☐ Jag ansöker för första gången ☐ Jag har tidigare beviljats parkeringstillstånd

Lämnade personuppgifter på denna sida kommer att införas i ADB-baserat register.

Sökande

Namn			Personnummer
Bostad (utdelningsadress)	Postnummer	Postort	Telefon bostad (även riktnr)
Arbete (utdelningsadress)	Postnummer	Postort	Telefon arbetet (även riktnr)
E-postadress			

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl (kan även anges på bilaga)

☐ Jag söker parkeringstillstånd som förare ☐ Jag söker parkeringstillstånd som passagerare

Om du söker som passagerare, vem kommer huvudsakligen att köra fordonet

Namn på fordonsförare		Relation till den sökande
Gatuadress	Postnummer	Postort

☐ Behöver du fordonet för att ta dig till och från arbetet?

☐ Behöver du fordonet i arbetet?

Plats för sökandes Foto 4x5 cm (passfoto)	Jag ger mitt tillstånd till att samhällsutvecklingsnämndens handläggare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar
	----- Den sökandes namnteckning
	----- Ort och datum

Ansökan sänds eller lämnas till: Gislaveds kommun, Samhällsutvecklingsnämnden, 332 80 Gislaved.

SAMHÄLLSUTVECKLINGSFÖRVALTNINGEN

Postadress:	Besöksadress:	Telefon:	E-post/webb:	Organisationsnr:	Bankgiro
Gislaveds kommun 332 80 Gislaved	Stortorget 1 Gislaved	0371-810 00	kommunen@gislaved.se gislaved.se	212000-0514	426-7225