



Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

För att ansökan skall kunna behandlas fordras

- ett läkarintyg på särskild blankett,
- fotografi och namnteckning på särskild blankett.

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

Till

Alingsås kommun
Tekniska kontoret
441 81 ALINGSÅS
Besöksadress: Sveagatan 12
Tel: 0322-616 000

Ansökan avser:

- Nytt tillstånd Förnyelse av tidigare erhållet tillstånd med nr

Namn på sökanden (den rörelsehindrade)		Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort	Telefonnr, dagtid

Har Ni körkort? Ja Nej

Avser sökanden att själv köra bil? Ja Nej

Om någon av ovanstående frågor besvarats med nej, vem kör bilen?

Namn	Anknytning till sökanden		
Gatuadress	Postnummer	Ort	

Ange varför Ni anser Er vara i behov av ett parkeringstillstånd (kan även anges på bilaga).

Behöver Ni bilen för att ta Er till och från Ert arbete? Ja Nej

Behöver Ni bilen i arbetet? Ja Nej

Har Ni fått ekonomiskt bilstöd från försäkringskassan? Ja Nej

Har Ni färdtjänst? Ja Nej

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

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

Obs! Handläggningstiden är ca 4 veckor.