



ÖVERTORNEÅ KOMMUN

ANSÖKAN

Miljö- och byggnadsnämnden

Trafiknämnden

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

- Jag söker för första gången Jag söker förlängning av tidigare parkeringstillstånd
- Jag kör själv fordonet Jag är passagerare

Sökandes namn	Personnummer
Besöksadress (Utdelningsadress, postnummer och postort)	
Arbetsadress	
Tel bostad (även riktnummer)	Tel arbete (även riktnummer)

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl

.....	
.....	
.....	
.....	
Ort och datum	Sökandens underskrift

Om du söker för första gången skall ansökan styrkas av läkarintyg som bifogas eller skrivs på baksidan av denna blankett. Kontakta trafiknämnden om du är osäker beträffande läkarintyg vid förnyelse.

Bifogade handlingar

- Läkarintyg Kopia av tidigare parkeringstillstånd i denna eller annan kommun
- Annan handling.....

Information:

Dina personuppgifter används för att behandla din ansökan om parkeringstillstånd. Om du vill ha ytterligare information om hur dina personuppgifter används eller om du vill att de skall ändras är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till miljö- och byggnadsnämnden Övertorneå Kommun.

Läkarintyg

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehinder

Upplysning till läkare:

- Detta intyg är underlag för trafiknämndens beslut om parkeringstillstånd
- Parkeringstillstånd kan ges till rörelsehindrad person som har sådana gångsvårigheter att vederbörande endast med **stor svårighet** kan förflytta sig till och från fordonet inom rimlig gångavstånd.
- Parkeringstillstånd berättigar till uppställning av fordon på reserverad plats för rörelsehindrade och på parkeringsförbud meddelad genom trafikföreskrift.

Uppgift om den sökande

Sökandes namn	Personnummer
Sökandes namn	
Var god skriv på svenska! Beskriv rörelsehinder eller andra problem med förflyttning den sökande har. Ange hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark och vilka hjälpmedel som behövs.	
I fall den sökande ej själv kör fordonet, ange om personen regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Handikappets beräknade varaktighet <input type="checkbox"/> < 6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år <input type="checkbox"/> > 2 år <input type="checkbox"/> Bestående	
Kännedom om sökande sedan, datum	
Datum och legitimerad läkares underskrift	
Namnförtydligande	