

**Ansökan om
Parkeringstillstånd för
rörelsehindrad**

Inkom:

<input type="checkbox"/> Omprövning/förnyelse av tidigare erhållit tillstånd		<input type="checkbox"/> Nytt tillstånd	
Tillståndsnr (avser tidigare tillstånd)		Giltigt t o m (avser tidigare tillstånd)	
Namn på den sökande (rörelsehindrade)		Personnummer	Telefon (dagtid)
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
e-postadress		Mobiltelefon	
Avser sökanden att själv köra fordonet?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ange vilka behov och skäl ni anser föreligga för att ni ska erhålla ett parkeringstillstånd för rörelsehindrad			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Jag mitt tillstånd till att handläggare och konsultläkare får kontakta intygsskrivande läkare för kompletterande upplysningar

Ort och datum	Underskrift av sökanden
---------------	-------------------------

PLATS FÖR FOTO

Kortinnehavarens
foto (passfoto 4 x 5
cm)

.....
Namnunderskrift

**Komplett ansökan (ifylld blankett, foto, namnunderskrift samt läkarintyg)
skickas till:**

**Lysekils kommun
Samhällsbyggnadsförvaltningen
453 80 Lysekil**