

Kils kommun
Box 88
665 23 KIL

För att ansökan skall kunna behandlas måste följande bifogas
– Läkarintyg
– Fotobilaga med sökandes namnteckning samt ett välliknande foto i passformat

Kryssa i aktuell ruta

Jag ansöker för första gången

Jag ansöker om förlängning av parkeringstillstånd

Sökande (alltid den rörelsehindrade)

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress (utdelningsadress, postnummer och ort)		Telefon dagtid

Ovanstående personuppgifter samt foto och namnteckning kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL) av förvaltningen till stöd för handläggningen av ärendet. Uppgifterna kommer inte att vidarebehandlas eller spridas.

Jag kör normalt själv bilen

Jag kör aldrig själv

Annan person som normalt kommer att köra fordonet (frivillig uppgift)

Namn	Adress
Anknytning till sökanden	

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl:

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

Ort och datum

Sökandens underskrift

.....

.....

Förvaltningens noteringar

--