



Genom att använda denna blankett godkänner du att din information lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag, bli raderad och få lämnad information rättad. För mer information, se www.krokom.se/dataskydd.

- ☐ Jag söker första gången
- ☐ Jag söker förlängning av tidigare beviljat tillstånd
- ☐ Jag kör normalt fordonet själv
- ☐ Jag kör aldrig själv

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postadress	Telefon arbete
E-postadress	Mobiltelefon

Parkeringstillstånd söks av följande skäl

--

Underskrift

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Har du frågor, vänd dig hit

Post:	Besök:	Telefon:
Plan och Trafikavdelningen	Kommunhuset	0640-161 00 (växel)
835 80 Krokoms	Offerdalsvägen 8, Krokoms	

Blanketten skickas till

Krokoms kommun
Plan och Trafikavdelningen
835 80 Krokoms



Uppgifter om den undersökte

Namn	Personnummer
------	--------------

Diagnos, tillstånd och rörelseförmåga

Sjukdomen eller skadan uppstod år
Beskriv sökandes tillstånd och rörelseförmåga

Hur långt kan den sökande gå på plan mark?

Meter			
☐ Utan hjälpmedel			
Meter	Specificera hjälpmedel		
☐ Med hjälpmedel			
Handikappets beräknade varaktighet			
☐ Högst 6 månader	☐ 6–12 månader	☐ 1–3 år	☐ Bestående
I det fall den sökande ej kör fordonet själv, ange om hon/han regelmässigt behöver hjälp utanför fordonet			
☐ Ja	☐ Nej		

Behov av hjälp

Beskrivning av behov av hjälp

Läkarens underskrift

Datum	Namnförtydligande		
Underskrift			
Adress			
Postadress			Telefon