



# Søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemma

Gol kommune, Gamleveggen 4, 3550 Gol

Opplysningar om søker		
Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnr.:(11 siffer):
Kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>	Telefon privat:	Mobil:
Adresse:	Postnummer og -stad:	

Søknaden gjeld	
<input type="checkbox"/> Som fører av motorvogn	<input type="checkbox"/> Som passasjer
Har du parkeringstillatelse fra før? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi utløpsdato (gyldig til):
Har ditt kjøretøy rullestolheis eller skinner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, vedlegg dokumentasjon
Er du tildelt TT-kort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Konkrete stader der du opplever vanskar med å parkere på ordinære parkeringsplassar:	Antall ganger pr. år/mnd/veke:
Bustad/Arbeid:	Adresse: Kor ofte:
Lege:	Adresse: Kor ofte:
Sjukehus:	Adresse: Kor ofte:
Fysioterapeut/Trening/Annan behandling:	Adresse: Kor ofte:
Nødvendige ærend eller møtevirksomheit:	Adresse: Kor ofte:
Annan aktivitet:	Adresse: Kor ofte:

**Kvifor har du eit særlig behov for parkeringslettelse på desse stadene?**

Beskriv kva det er som gjer at du ikkje kan benytte deg av dei ordinære plassane? Skriv kort om kvar stad. (Ingen medisinsk beskrivelse – den vil framkoma i legeerklæringen) Bruk gjerne eige ark:

Søkarens underskrift	
Underskrift:	Stad, dato: