


**Ansökan om parkeringstillstånd
för personer med rörelsehinder
För sökande i Göteborgs Stad**

Trafikkontoret kommer att behandla inlämnade personuppgifter manuellt och i datoriserade register. Behandling sker med stöd av Dataskyddsförordningen artikel 6 e som rör arbetsuppgifter i samband med myndighetsutövning.

De uppgifter du lämnat kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning, eller om det är nödvändigt för ärendets handläggning.

Uppgifter som lämnas vid ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad har ett särskilt skydd enligt 7 kap 4§ sekretesslagen. Skyddet innebär att rätten för andra att få del av uppgifterna är starkt begränsad.

Du har rätt att begära information om och rättelse av de uppgifter om dig som finns registrerade hos oss. Personuppgiftsansvarig är trafiknämnden i Göteborg och nås på trafikkontoret@trafikkontoret.goteborg.se, Box 2403, 403 16 Göteborg Tel: 031-365 00 00. Dataskyddsombudet nås på dso@intraservice.goteborg.se.

<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Tidigare P-tillstånd med nr..... giltigt till	
Namn på den sökande (den rörelsehindrade)	Personnummer	Telefon dagtid
Gatuadress	Postnummer	Ort

Markera endast ett (1) alternativ

<input type="checkbox"/> Jag söker som förare. Körkort giltigt till och med.....	<input type="checkbox"/> Jag söker som passagerare
--	--

Ange varför du söker parkeringstillstånd (kan även anges i bilaga)

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

Om inte redan godkänt foto finns hos trafikkontoret, skicka med ett nytaget ansiktsfoto typ körkort. Klistra inte fast fotot! Skriv personnummer på baksidan av fotot.

	Sökandes namnteckning inom markerat område 	<input type="checkbox"/> Sökande är ej skrivkunnig
		<input type="checkbox"/> Sökande kan ej underteckna själv
	Eventuellt ombuds namnteckning	Eventuellt ombuds namnförtydligande

Trafikkontorets uppgifter (ifylls av myndigheten)

Tillstånd bifalles (datum)	Tillstånd avslås (datum)	Beslutsnummer	Handläggare (signatur)
Anteckningar			

OBS! Handläggningstiden är cirka sex veckor.

Läkarintyg (denna sida ifylles av läkare)

Läkare bör ta del av "Information till intygsskrivande läkare" innan läkarintyg lämnas.

Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården med mera.

Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsutfärdaren.

Namn på den sökande (den rörelsehindrade)		Personnummer
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga	
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	
Diagnos	Sjukdomen/skadan uppstod år	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har. Skriv på svenska.		
Hur är den objektiva bedömningen gjord? (Till exempel till och från undersökningsrummet)		
Använder den sökande hjälpmedel?	Kan sökanden köra fordonet själv?	
<input type="checkbox"/> Ja. Vad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Nej. Varför inte?		
Läkarens bedömning av sökandens förflyttningsförmåga med bästa hjälpmedel på plan mark	Med bästa hjälpmedel och korta stående pauser	
Cirka meter	Cirka meter och antal pauser	
I de fall sökanden inte själv kör fordonet: kan sökanden efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, varför inte?		
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under		
<input type="checkbox"/> mindre än 6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år <input type="checkbox"/> 1 år – 3 år <input type="checkbox"/> mer än 3 år		
Ort och datum	Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (eventuell stämpel)	
Läkares underskrift		
Namnförtydligande		
Läkares kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	Telefon	