

Kérelem

a közlekedőképesség minősítéséhez

Alulírott:

Név:.....

Születési név:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

Bejelentett lakcím:.....

Tartózkodási cím:.....

TAJ száma:.....

kérem a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről szóló 102/2011. (VI. 29.) Korm. rendelet 8/A § (1) bekezdése szerint a közlekedőképességem vizsgálatát.

Az adatok valódiságát az alábbi okmányokkal igazolom:

Szem.ig. száma:

Útleveél száma:

Vezetői engedély száma:.....

Lakcímigazolvány száma:

Felhasználási terület:

Elérhetőségem (nem kötelező kitölteni)

Telefon:

E-mail:.....

Mellékelem a súlyos mozgáskorlátozott személy közlekedőképességének minősítését elősegítő, rendelkezésemre álló orvosi dokumentációt és egyéb iratokat az alábbiak szerint:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat valamint a kérelemhez mellékelt adataimat (szenziív) az önkormányzati adóhatóság az eljárás folyamán kezelje, tárolja.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkormányzati adóhatóság orvosi dokumentumaimat a szakhatóság felé továbbítsa.

Ó z d , 2014.

.....
kérelmező aláírása