





**Handikappets beräknade varaktighet**

<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år	<input type="checkbox"/> 1 år – 2 år	<input type="checkbox"/> 2 år – 3 år	<input type="checkbox"/> Bestående
--------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

**Om den sökande inte själv kör fordonet, ange om den efter nödvändig assistans kan vänta sittandes vid målpunkten medan föraren parkerar fordonet**

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Beskriv varför den sökande <b>inte</b> kan vänta
---

**I det fall den sökande kör själv, bedömer du att Transportstyrelsens krav för körkortsinnehav har uppfyllts?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Datum och leg. läkares underskrift	Namnförtydligande, ev. specialistkompetens
	Adress
Telefon	Postadress

**Postadress**

Upplands Väsby kommun  
194 80 Upplands Väsby

**Besöksadress**

Dragonvägen 86  
Väsby centrum

**Telefon**

08-590 970 00

**E-post**

vasbydirekt@upplandsvasby.se

**Webb**

www.upplandsvasby.se