

Bygg, mark, rivningslov - ansökan för privatperson

* Obligatoriska fält

Ansökan avser

Ansökan avser*	
<input type="checkbox"/> Bygglov	<input type="checkbox"/> Marklov
<input type="checkbox"/> Rivningslov	<input type="checkbox"/> Säsongslöv
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad åtgärd	
Om ansökan avser säsongslöv ange period	
Om ansökan avser tidsbegränsad åtgärd ange tidsperiod	
Ange aktnummer om säsongslöv eller tidsbegränsad åtgärd finns	

Fastighetsuppgifter

Fastighetsbeteckning*
Fastighetens adress*
Postnummer*
Ort*
Byggnadens huvudsakliga användning *
Beskrivning av projektet*

Åtgärd

Åtgärd*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Förråd eller sophus | <input type="checkbox"/> Garage, carport eller parkering |
| <input type="checkbox"/> Nybyggnad | <input type="checkbox"/> Plank eller mur |
| <input type="checkbox"/> På- eller tillbyggnad | <input type="checkbox"/> Rivning |
| <input type="checkbox"/> Tillkommande bostad eller lokal | <input type="checkbox"/> Utvändig ändring |
| <input type="checkbox"/> Markförändring | <input type="checkbox"/> Annan åtgärd |
| <input type="checkbox"/> Ändrad användning | |

Om ändrad användning, ange vad

Om annan åtgärd, ange vad

Bifoga handlingar

Bifoga situationsplan*

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Bifoga fasad- och planritningar på din åtgärd*

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Bifoga kontrollplan

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Bifoga foto eller annan handling

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Kontrollansvarig för byggprojektet

Är det aktuellt med kontrollansvarig för byggprojektet (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Kontrollansvariges uppgifter

Kontrollansvariges förnamn*

Kontrollansvariges efternamn*

Kontrollansvariges postadress*

Postnummer*

Ort*

Telefonnummer*

E-postadress*

Personnummer eller organisationsnummer*

Eventuellt företagsnamn

Behörighetsnummer

Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon*
Mobil
Skyddad identitet* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Medsökande

För- och efternamn på eventuell medsökande
--

Behandling av personuppgifter

Godkännande av hantering av personuppgifter enligt PuL* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift