



## ŽÁDOST

### o zrušení vyhrazeného parkovacího místa pro vozidlo přepravující osobu těžce postiženou nebo osobu těžce pohybově postiženou

#### Žadatel nebo jeho zástupce

Jméno
-------

Adresa
--------

Datum narození	Telefon
----------------	---------

Vyhrazené parkoviště umístěné na komunikaci
---

Vydáno pro osobu
------------------

Rozhodnutí č.j.	Ze dne	RZ vozidla
-----------------	--------	------------

Důvod
-------

Svým podpisem potvrzuji pravdivost uvedených údajů

V	Dne
---	-----

Podpis
--------

#### **Potřebné náležitosti k žádosti:**

- V případě že důvodem je úmrtí žadatele - úmrtní list
- Plná moc k zastoupení