

**TAPOLCAI KÖZÖS  
ÖNKORMÁNYZATI HIVATAL  
PÉNZÜGYI IRODA – ADÓCSOPORT**  
8300 Tapolca, Hősök tere 15.  
Tel.:87/511-159; Fax:87/511-164  
E-mail: adocsoport@tapolca.hu

**Az Adóhatóság tölti ki!**Benyújtás, postára adás napja:        Azonosító száma:       Tapolca  Gyulakeszi  Raposka átvevő aláírása**KÉRELEM**

a súlyos mozgáskorlátozott vagy egyéb fogyatékos személyek közlekedési kedvezményeinek rendszeréről szóló jogszabályban meghatározott orvosi szakvélemény/szakhatósági állásfoglalás igényléséhez \*

<b>I. Kérelmező</b>	<input type="checkbox"/> Tapolca	<input type="checkbox"/> Gyulakeszi	<input type="checkbox"/> Raposka
1. Neve:	_____		
2. Születési neve:	_____		
3. Születési helye:	_____ város/község,	ideje:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap
4. Anyja születési családi és utóneve:	_____		
5. Adóazonosító jele:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TAJ száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Lakóhelye:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____	város/község	
	_____ közterület	_____ közterület jelleg	___ hsz. ___ ép. ___ lh. ___ em. ___ ajtó
7. Telefonszáma:	_____	e-mail címe:	_____

<b>II. Gondnokolt vagy kiskorú esetben a képviselő személyes adatai</b> (Kitöltése csak akkor kötelező, ha a súlyos mozgáskorlátozott vagy egyéb fogyatékos személy gondnokolt vagy kiskorú!)	<input type="checkbox"/> Tapolca	<input type="checkbox"/> Gyulakeszi	<input type="checkbox"/> Raposka
1. Neve:	_____		
2. Születési neve:	_____		
3. Születési helye:	_____ város/község,	ideje:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap
4. Anyja születési családi és utóneve:	_____		
5. Adóazonosító jele:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
6. Lakóhelye:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____	város/község	
	_____ közterület	_____ közterület jelleg	___ hsz. ___ ép. ___ lh. ___ em. ___ ajtó
7. Telefonszáma:	_____	e-mail címe:	_____

**III. Adatkezelési nyilatkozat**

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy a személyes adataimat, a mellékelt kórházi zárójelentéseken, orvosi leleteken szereplő adataimat (szenzitív adatok) az orvosi szakvélemény/szakhatósági állásfoglalás kiadásához és a folyamatban lévő adóhatósági eljáráshoz a szükséges mértékben megismerjék, kezeljék és tárolják.

**IV. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a bevallásban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
helység	év	hó	nap	a kérelmező vagy képviselője (meghatalmazottja) aláírása

\*A rehabilitációs szakigazgatási szerv a közlekedőképességről szóló vizsgálatot szakvélemény keretében, a gépjárműadóról szóló törvény szerinti gépjárműadó-mentességre való jogosultság igazolásához, a települési önkormányzat jegyzőjének, mint adóhatóságnak a kérésére adja ki.