

## Anmälan av kontrollansvarig

\* Obligatoriska fält

### Fastighetsuppgifter

Fastighetsbeteckning*
Fastighetsadress*
Postnummer*
Ort*

### Sökande/byggherre

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Utdelningsadress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon*



## Kontrollansvarig

### Kontrollansvarig

Förnamn
Efternamn
Personnummer
E-mailadress
Utdelningsadress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*
Behörighetsklass vid riksbehörighet* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Normal art <input type="checkbox"/> Komplicerad art
Gäller till och med*
Certifieringsorgan*
Jag bekräftar att kontrollansvarig har en självständig ställning enligt 10 kap 9 § PBL <input type="checkbox"/> Ja
Övriga upplysningar



**Sökandes underskrift**

---

Ort och datum

---

Underskrift

**Medsökande**

---

Ort och datum

---

Underskrift