

Rivningsanmälan

* Obligatoriska fält

Fastighet och sökande/byggherre

Fastighetsbeteckning*
Fastighetsägare (om annan än sökanden)
Fastighetens adress
Bruttoarea (kvadratmeter)
Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
E-post*
Telefon*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Rivningslov (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> är sökt <input type="checkbox"/> söks samtidigt

Rivningsanmälan avser

Ansökan avser (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Hel rivning <input type="checkbox"/> Del-/utrivning
Typ av objekt
Antal våningar
Nybyggnadsår
Ombyggnadsår



Material i grund
Material i stomme
Material i fasad
Material i tak
Nuvarande användning av byggnad
Tidigare användning av byggnad
Rivningsarbetena avses att påbörjas, datum

Uppgifter om kontrollansvarig

Förnamn
Efternamn
Utdelningsadress
Postnummer
Postort
Telefon dagtid
Telefon kvällstid
Behörighet (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Riksbehörighet <input type="checkbox"/> Lokal behörighet
Certifieringsorgan
Behörighet gäller till och med

Rivningsmetod

Grund (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Stomme (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Fasad (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Tak (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Stomkomplettering (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Ei (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
VVS (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Sakvaror (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Ytskikt (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad
Övrigt (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Selektiv	<input type="checkbox"/> Blandad

Bifogade handlingar

Situationsplan
Planritning
Farligt avfall
Rivningsplan

Multipelsignatur

Krävs flera signaturer?*	(Du kan endast välja ett alternativ)
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Medsökande

Förnamn
Efternamn
Personnummer
E-mailadress

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Medsökande

Ort och datum

Underskrift