

## 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