



Begäran

om upphävande av medgivande för sotning av egen anläggning

Blanketten skickas till

Räddningstjänsten Skaraborg
Majorsgatan 1
541 41 Skövde

Ankomstdatum (fylls i av myndigheten)	Diariennr. (fylls i av myndigheten)
---------------------------------------	-------------------------------------

1 Lagfaren fastighetsägare

Namn	Personnummer (10 siffror)	Telefon
Postadress	Postnr.	Ort

2 Fastighet

Uppgifter om den fastighet för vilken begäran om upphävande gäller.

Fastighetsbeteckning		
Fastighetsadress	Postnr.	Ort

3 Gällande beslut

Uppgifter om nuvarande beslut om medgivande för sotning av egen anläggning.

Diariennr.	Beslutsdatum
------------	--------------

4 Orsak till begäran

Beskriv varför ni begär upphävande av medgivande för sotning av egen anläggning.

Orsak till begäran

Underskrifter

Jag intygar härmed att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är riktiga. Jag är införstådd med att sotning nu kommer att göras av, den av kommunalförbundet utsedde, skorstensfejarmästaren i enlighet med gällande frister för sotning.

Ort och datum	
Lagfaren fastighetsägare underskrift	Namnförtydligande