

**Begäran om dubblett av medicinskt intyg**

Med anledning av att mitt medicinska intyg har förkommit, stulits, eller blivit oläsligt begär jag härmed utfärdande av en dubblett av:

- medicinskt intyg klass 1
- medicinskt intyg klass 2
- medicinskt intyg klass 3

**Personuppgifter**

Efternamn		Personnummer	
Samtliga förnamn (tilltalsnamnet understruket)			
Utdelningsadress		Postnummer och adressort	
Telefon bostaden (även riktnr)	Telefon arbetet (även riktnr)		E-postadress

**Riktigheten av ovan lämnade uppgifter intygas**

Ort	Datum	Sökandens namnteckning
-----	-------	------------------------

**Myndighetens anteckningar**

Beslutsdatum	Beslut	Sign	Exp. datum	Avgift

L 1842-2