

Anmeldung von Schlagabraum auf dem Gebiet der Stadt Ibbenbüren

Wer möchte den Schlagabraum durchführen?

Organisation / Veranstalter / Adresse

Wo soll der Schlagabraum abgebrannt werden?

Genauere Adresse mit Lageplan* / Lageskizze*

* bitte als Anlage beifügen

Wann soll der Schlagabraum abgebrannt werden?

Datum und Uhrzeit des Anbrandes

Wer ist als Verantwortliche Aufsichtsperson (mind. eine über 18 Jahre vor Ort)?

1: _____

2: _____

Wie groß ist der Schlagabraum?

Menge in Kubikmeter (geschätzt)

Werden die in der beigefügten Verordnung geforderten Abstandsflächen eingehalten?

Ja

Nein

Unterschrift des Verantwortlichen

Die Allgemeinverfügung zur Verbrennung von Schlagabraum im Gebiet der Stadt Ibbenbüren vom 10.10.2016 habe ich erhalten.

Datum, Unterschrift des verantwortlichen Antragstellers