|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Miejscowość i data |
| **WNIOSEK****o wydanie zaświadczenia ADR**na podstawie posiadanych uprawnień wydanych przez Szefa Inspektoratu Wsparcia Sił Zbrojnych |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer PESEL6 |

Pola w rubrykach proszę wypełniać czytelnie **pismem drukowanym, wielkimi literami**

1. **Dane osobowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Imię lub imiona

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień |  | Miesiąc |  | Rok |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Data urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Miejsce urodzenia
* Zaświadczenie ADR odbiorę osobiście w Urzędzie;
* Zaświadczenie ADR proszę przesłać na niżej wskazany adres;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Kod pocztowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Miejscowość

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Ulica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Numer domu/numer lokalu
2. **Do wniosku załączam:**
* Dowód wniesienia opłaty za wydanie wtórnika zaświadczenia ADR;
* Formularz zgłoszeniowy;
* Informacja w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dotyczą;
* Kserokopia aktualnego zaświadczenia ADR.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................. dnia ...................................miejscowość |  |

 Podpis wnioskodawcy

**Pouczenie:**

1. Wniosek należy złożyć w Punkcie Informacyjno-Podawczym (na parterze budynku) Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń.
2. Zgodnie z art. 25. ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych marszałek województwa pobiera opłatę:
* za wydanie zaświadczenia ADR albo jego wtórnika,
1. Wysokość opłaty za wydanie zaświadczenia ADR lub jego wtórnika wynosi 50 zł (słownie: pięćdziesiąt złotych 00/100). Opłaty należy dokonywać na konto nr **20 1020 5011 0000 9502 0128 2227, w tytule proszę wpisać *opłata za wydanie zaświadczenia ADR – imię i nazwisko*.**
2. Dowód opłaty wpłat (pkt. 3 i 4) należy dołączyć do przedmiotowego wniosku.
3. Zaświadczenie ADR zostanie wydane w terminie 7 dni od daty złożenia wniosku.
4. W przypadku gdy numer PESEL nie został nadany należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.