

WNIOSEK O UDZIAŁ W KURSIE Z ZAKRESU PRZEWOZU TOWARÓW NIEBEZPIECZNYCH W TRANSPORCIE DROGOWYM**CZEŚĆ A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

Białystok, dnia | | | | - 20 | | r.

Do Wojewódzkiego Ośrodka
Ruchu Drogowego w Białymstoku
ul. Wiewiórcza 64
tel. 85 743 26 24 wew. 23, 24, 32
Nr konta: 04 8769 0002 0390 1166 2000 0010

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam chęć udziału w kursie z zakresu przewozu towarów niebezpiecznych w transporcie drogowym w zakresie:

- podstawowym – przewóz towarów niebezpiecznych wszystkich klas
- specjalistycznym – przewóz towarów niebezpiecznych w cysternach
- specjalistycznym – przewóz materiałów wybuchowych
- specjalistycznym – przewóz materiałów promieniotwórczych

Początkowym	Doskonalącym	Rozszerzającym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(proszę zaznaczyć właściwy prostokąt)

oraz oświadczam, co następuje:

1. Do dnia przeprowadzenia egzaminu kończącego kurs ADR mam ukończone/ukończę 21 lat
2. Spełniam wymagania określone w przepisach prawa o ruchu drogowym i transporcie drogowym w stosunku do kierowców wykonujących przewóz drogowy

Prosimy o wpisanie drukowanymi literami danych z dowodu osobistego:

PESEL | | | | | | | | | | **

Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |

Imiona | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |

Miejsce urodzenia | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |

Imię ojca | | | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia | | | | | | | | r.

Adres zamieszkania :

Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |

Ulica i nr | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |

Tel. Kontaktowy | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |

Proszę o wystawienie faktury VAT na/ W przypadku wystawienia faktury na uczestnika szkolenia – podać nazwę i adres miejsca pracy:

/pełna nazwa płatnia/adres/

NIP | | | | | | | | | | | | | |

Posiadam prawo jazdy:

Nr prawa jazdy /z pozycji nr 5/

| | | | | | | | | | | | | |

Data wydania prawa jazdy /z pozycji nr 4a/

| | | | | | | | r.

Kategorie /z pozycji nr 9/

| | | | | | | | | | | | | |

Posiadam zaświadczenie ADR: TAK NIE

Narodowość

| | | | | | | | | | | | | |

Nr posiadanego zaświadczenia ADR

| | | | | | | | | | | | | |

Seria zaświadczenia/blankiet

| | | | | | | | | | | | | |

Data ważności zaświadczenia

| | | | | | | | | | | | | |

Wydane przez:.....

Zakres: podst./ cyst./1/7*

DEKLARUJĘ SWÓJ UDZIAŁ W EGZAMINIE W OŚRODKU SZKOLENIA:

.....

/podać nazwę i adres ośrodka szkolenia/

/pełna nazwa płatnia/adres/

NIP | | | | | | | | | | | | | |

● Oświadczam, że otrzymałem/am Regulamin kursu z zakresu przewozu towarów niebezpiecznych w transporcie drogowym, zapoznałem/am się z jego treścią i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

● Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

● Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Białymstoku (ul. Wiewiórcza 64, 15-532 Białystok) dla potrzeb przeprowadzenia i realizacji kursu z zakresu przewozu towarów niebezpiecznych w transporcie drogowym oraz w celu przygotowania i przekazania tych danych oraz wymaganych dokumentów niezbędnych do przystąpienia do egzaminu kończącego kurs przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Białymstoku Marszałkowski Województwa, zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 2011r. o przewozie towarowo niebezpiecznych (Dz. U. Nr 227, poz. 1367 z późn. zm.) oraz z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Przyjmuje do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Białymstoku, ul. Wiewiórcza 64, 15-532 Białystok, mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.

*niepotrzebne skreślić

** W przypadku cudzoziemca podać serię, numer, nazwę / rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę organu/ państwa, który wydał ten dokument.

.....
(czytelny podpis osoby przystępującej do szkolenia)**CZEŚĆ B – WYPEŁNIA OŚRODEK**

Fakturę Nr z dnia na kwotę wystawiono na podstawie dowodu wpłaty/zobowiązania/umowy

.....

.....
(pieczęćka i podpis osoby przyjmującej wniosek)