|  |
| --- |
| **WNIOSEK O UDZIAŁ W SZKOLENIU W ZAKRESIE KIEROWANIA RUCHEM DROGOWYM** |
| **CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA drukowanymi literami** |
| ……………………………………………………………………/nazwa miejscowości/ |  |
| **Wojewódzki Ośrodek** **Ruchu Drogowego w Białymstoku****ul. Wiewiórcza 64, tel. 85 743-26-24****nr konta: 04 8769 0002 0390 1166 2000 0010** |
| Ja, niżej podpisany/a, zgłaszam chęć udziału w szkoleniu z zakresu wykonywania niektórych czynności związanych z kierowaniem ruchem drogowym: (zaznacz wybrane X)\* |
|  | pracowników kolejowych na przejazdach kolejowych |
|  | osób wykonujących roboty na drodze na zlecenie lub za zgodą zarządcy drogi |
|  | osób odpowiedzialnych za utrzymanie porządku podczas przemarszu zorganizowane grupy |
|  | kierujących autobusem szkolnym związanych z wsiadaniem lub wysiadaniem dzieci |
|  | strażników leśnych – na terenie lasu lub parku narodowego |
|  | osób nadzorujących bezpieczne przejście dzieci przez jezdnię |
|  | pracowników nadzoru ruchu komunikacji miejskiej |
|  | osób pilotujących przejazd pojazdu nienormatywnego |
|  | członków zespołu ratownictwa medycznego |
|  | strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej |
|  | osób utrzymujących porządek podczas przejazdu pielgrzymki rowerami |
|  **PESEL\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Data urodzenia** |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |
|  **Nazwisko** |  | **Imiona** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Kod pocztowy |  |  | **-** |  |  |  | Miejscowość |  |
|  Ulica i nr |  |
|  Nr telefonu |  | E-mail |  |
| Instytucja do wstawienia na zaświadczeniu  |  |
| **Forma szkolenia** |  | system stacjonarny |  | system online |
| **Odbiór zaświadczenia** |  | osobiście |  | przesłać pocztą na adres: |  |
| **Proszę o wystawienie faktury VAT na (podaj dane Płatnika):** |
|  |
|  | **NIP** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.
* Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulamin szkolenia w zakresie kierowania ruchem drogowym. Zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
* Nie występują u mnie przeciwwskazania zdrowotne i psychologiczne do wykonywania czynności związanych z kierowaniem ruchem drogowym.

\*W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL, wpisać serię, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość.…………………………………………………………….(czytelny podpis osoby przystępującej do zajęć) |
| **CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA OŚRODEK** |
| Potwierdzam wpłatę na kwotę |  | z dnia |  |
| Rachunek nr |  | z dnia |  | na kwotę |  |
| …………………………………………………………….(pieczątka i podpis osoby przyjmującej wniosek) |