Olsztyn, ……………………………………...r.

**Wojewoda Warmińsko-Mazurski**

 **Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki**

 **w Olsztynie**

 **Al. Marsz. J. Piłsudskiego 7/9**

 **10-575 Olsztyn**

**Wniosek o wpis do rejestru przedsiębiorców prowadzących ośrodek szkolenia kierowców wykonujących przewóz drogowy**

|  |
| --- |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** |
|  |  |
| 1. | WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI. |
| 2. | Pola wyboru oznaczaj  lub . |
| 3. | Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**. |
| **2. Dane przedsiębiorcy** |
|  | **2.1. Dane identyfikacyjne** |  |
|  |  |  |
| Nazwa firmy |  |
| Imię nazwisko przedsiębiorcy |  |
|  |  |
| NIP  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  *Podaj, o ile jest wymagany.* |
|  | **2.2. Adres siedziby lub miejsca zamieszkania przedsiębiorcy** |
|  |  |
| Miejscowość |  |
|  |  |  |
| Ulica |  |
|  |  |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
|  | **2.3. Dane kontaktowe przedsiębiorcy***(dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)* |
|  |  |  |
| Numer telefonu  |  |
|  |  |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
|  | **2.4. Dane pełnomocnika** *(podaj jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)* |
| Imię i nazwisko |  |
|  | **2.5. Adres korespondencyjny przedsiębiorcy***(jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika to podaj jego adres)* |
|  |  |
| Miejscowość |  |
|  |  |  |
| Ulica |  |
|  |  |
|  Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
| **3. Wskazane miejsce/miejsca prowadzenia szkolenia**  |
|  |  |
| Miejscowość |  |
|  |  |
| Ulica |  |
|  |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
|  |
| Miejscowość |  |
|  |
| Ulica |  |
|  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
| **4. Zakres szkolenia kierowców**  |
|  |
|  | **C C +E C1 C1+E D D+E D1 D1+E****□ □ □ □ □ □ □ □** Zaznacz „x” w wybranym polu |
| **5. Dane instruktorów/instruktorów techniki jazdy/wykładowców**  |
|  |  |
|  | **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Numer uprawnień** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **6. Podstawa prawna** |
| Art. 39g ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym. |
| **7. Załączniki** *(zaznacz „x” przy załączniku/załącznikach, które dołączasz do wniosku)* |
|  |  |  |
| 1. □ program szkolenia wraz z planem wykonania szkolenia oraz metodami nauczania;
2. □ kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje i wiedzę instruktorów techniki jazdy oraz wykładowców;
3. □ kopię dokumentów zawierających informacje o: warunkach lokalowych, wyposażeniu dydaktycznym oraz miejscu przeznaczonym do prowadzenia zajęć praktycznych;
4. □ kopię dokumentów zawierających informacje o pojazdach oraz dokumentów potwierdzających spełnianie odpowiednich wymagań technicznych przez te pojazdy wydanych przez rzeczoznawcę samochodowego;
5. □ kopię umowy z ośrodkiem doskonalenia techniki jazdy - na przeprowadzenie zajęć; lub dokumentów zawierających informację o urządzeniu technicznym do symulowania jazdy w warunkach specjalnych, posiadających odpowiedni certyfikat - wydany przez jednostkę akredytowaną w polskim systemie akredytacji; wraz z kopią certyfikatu;
6. □ oświadczenie o treści zgodnej z art. 39 g ust. 6 ustawy o transporcie drogowym;
7. □ potwierdzenie uiszczenia opłaty za wpis do rejestru przedsiębiorców prowadzących ośrodek szkolenia kierowców wykonujących przewóz drogowy;
 |
| **8. Oświadczenie** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | „Oświadczam, że: 1. dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru przedsiębiorców prowadzących ośrodek szkolenia kierowców są kompletne i zgodne z prawdą;
2. znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia ośrodka szkolenia kierowców, określone w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym.”
 |
| **9. Data i miejsce sporządzenia wniosku oraz podpis**  |
|  |  |  |
| Data |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  *DD-MM-RRRR* |
| Miejsce |  |
|  |
| Podpis |  |
|  |  *Imię, nazwisko i pełniona funkcja* |
|  |  |