|  |  |
| --- | --- |
| ..................................................................... (imię i nazwisko/nazwa przedsiębiorcy)  ....................................................................  **(**siedziba /adres przedsiębiorcy)  **KRS** ........................................................................  **NIP**..........................................................................  **Nr tel.** ................................................................... | **STAROSTA OLEŚNICKI**  **Ul. Słowackiego 10**  **56-400 Oleśnica** |

**WNIOSEK**

**O ZMIANĘ OSOBY ZARZĄDZAJĄCEJ TRANSPORTEM**

Informuję, że od dnia……..……………………... zarządzającym transportem w moim

(data)

przedsiębiorstwie będzie ………………………………………………………………………,

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) …………………………………………………………………………………,

(adres zamieszkania)

posiadający(a) certyfikat kompetencji zawodowych o nr ………………………………………

Do wniosku załączam:

* Oświadczenie osoby zarządzającej transportem, że spełnia warunki o których mowa w art.4 ust.2 lit. c rozporządzenia (WE) nr 1071/2009.
* Certyfikat kompetencji zawodowych – kserokopia
* Oświadczenie osoby zarządzającej transportem o niekaralności.

……………………………….. …………………………………….

(miejscowość i data) ( podpis wnioskodawcy)