|  |  |
| --- | --- |
| ..................................................................... (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)