

Zarząd Dróg Powiatowych

Pl. Kościuszki 4

64-100 Leszno



tel. 65 525 69 80, fax 65 525 69 79

REGON 411103510 NIP 697-19-52-700

(miejsowość, data)

(nazwa i adres)

WNIOSEK

o wydanie zezwolenia kategorii: II/III/IV^{*}) na przejazd pojazdu nienormatywnego
na okres miesiąca/ 6 miesięcy/ 12 miesięcy/ 24 miesięcy ^{***})**

Wnioskodawca: _____

(imię i nazwisko/nazwa)

Adres: _____

Nr tel.: _____, nr fax: _____

NIP^{**}) _____

REGON^{**}) _____

PESEL^{**}) _____

wnoszę o wydanie zezwolenia na przejazd w terminie:

od dnia _____ do dnia _____

po drogach publicznych pojazdu nienormatywnego, którego:

- długość nie przekracza ^{***}):
 - 15 m dla pojedynczego pojazdu,
 - 23 m dla zespołu pojazdu,
 - ~~• 30 m dla zespołu pojazdu o skrętnych osiach,~~
- szerokość nie przekracza ^{***}):
 - 3,2 m,
 - ~~• 3,4 m,~~
 - ~~• 4 m,~~
- wysokość nie przekracza 4,30 m;
- naciski osi nie są większe od dopuszczalnych ^{***});
- rzeczywista masa całkowita nie jest większa od dopuszczalnej^{***});
- ~~• rzeczywista masa całkowita nie przekracza 60 t ^{***});~~

dla podmiotu: _____

(nazwa)

adres: _____

Dane osoby wyznaczonej przez wnioskodawcę do kontaktu: _____

(imię i nazwisko, tel.)

Załącznik: Dowód wniesienia opłaty za wydanie zezwolenia

.....
(podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej)

^{*})Wpisać odpowiednio nazwę i adres właściwego starosty, właściwego naczelnika urzędu celnego-skarbowego albo Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad

^{**}) O ile nadano

^{***}) Niepotrzebne skreślić