

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Adres do korespondencji:

ul. Lechicka 24

40-609 Katowice

(nazwa i adres właściwego zarządcy drogi)

.....
(miejsceowość, data)

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia kategorii I i _____ wypisów
(liczba)
na przejazd pojazdu nienormatywnego
na okres miesiąca / 6 miesięcy / 12 miesięcy^{*)}

Wnioskodawca: _____
(imię i nazwisko / nazwa)

Adres: _____

Nr tel.: _____, nr faksu: _____

NIP^{**} _____, REGON^{**} _____

PESEL^{**} _____

Wnoszę o wydanie zezwolenia na przejazd w terminie:

od _____ do _____

po drodze: _____
(wpisać kategorię, numer drogi lub nazwę ulicy w miejscowości oraz odcinek drogi)

pojazdu nienormatywnego (lub pojazdów nienormatywnych w liczbie _____), którego (których):

- 1) wymiary oraz rzeczywista masa całkowita nie są większe od dopuszczalnych;
- 2) naciski osi nie są większe od dopuszczalnych przewidzianych dla dróg, po których mogą się poruszać pojazdy o dopuszczalnym nacisku pojedynczej osi napędowej do 11,5 t,

w celu umożliwienia dojazdu do/z^{*)}: _____
(wskazać miejsce, np. zakład pracy, posesja lub inny obiekt)

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)

* Niepotrzebne skreślić
** O ile nadano