

....., dnia.....

STAROSTA CZĘSTOCHOWSKI

ul. Jana III Sobieskiego 9
42-217 Częstochowa

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 faksu:

NIP**)REGON**)

PESEL**)

Wnoszę o wydanie zezwolenia na przejazd w terminie:

od dnia do dnia

po drogach publicznych pojazdu nienormatywnego, którego:

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

dla podmiotu:
(nazwa)

adres:

Dana osoby wyznaczonej przez wnioskodawcę do kontaktu:
(imię i nazwisko, tel.)

Załącznik: Dowód wniesienia opłaty za wydanie zezwolenia.

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

***) O ile nadano

****) Niepotrzebne skreślić