

Starostwo Powiatowe w Busku-Zdroju
Wydział Komunikacji i Transportu
ul. Mickiewicza 15
28-100 Busko-Zdrój

W N I O S E K

*o wydanie zezwolenia kategorii: III/IV/V/VI^{***}) 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 _____ **do** _____

po drogach publicznych pojazdu nienormatywnego, którego:

- 1) długość nie przekracza^{***}):
 - 15 m dla pojedynczego pojazdu
 - 23,0 m dla zespołu pojazdu
 - 30,0 m dla zespołu pojazdu o skrętnych osiach:
- 2) szerokość nie przekracza^{***}):
 - 3,2 m
 - 3,4 m
 - 4 m
- 3) wysokość nie przekracza 4,30 m
- 4) naciski osi nie są większe od dopuszczalnych dla danej drogi^{***})
- 5) naciski osi nie przekraczają wielkości przewidzianych dla dróg o dopuszczalnym nacisku osi pojedynczej osi napędowej do 11,50 t^{***})
- 6) rzeczywista masa całkowita nie jest większa od dopuszczalnej^{***})
- 7) 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 wydane zezwolenia

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

*) Wpisać odpowiednio nazwy i adres właściwego starosty, właściwego naczelnika urzędu celnego albo Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad

***) O ile nadano.

***) Niepotrzebne skreślić