|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Miejscowość i data | | | | | | | | | | |
| **WNIOSEK**   * **o wydanie wtórnika zaświadczenia ADR;** * **o wydanie zaświadczenia ADR z powodu zmiany stanu faktycznego wymagającego zmiany danych w nim zawartych[[1]](#footnote-1).** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer PESEL7 | | | | | | | | | | |

Pola w rubrykach proszę wypełniać czytelnie **pismem drukowanym, wielkimi literami**

1. **Dane osobowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Imię lub imiona

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień | |  | Miesiąc | |  | Rok | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Data urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Miejsce urodzenia

* Wtórnik zaświadczenia ADR odbiorę osobiście w Urzędzie;
* Wtórnik zaświadczenia ADR proszę przesłać na niżej wskazany adres[[2]](#footnote-2);

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Kod pocztowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Miejscowość

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Ulica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Numer domu/numer lokalu
2. **Uzasadnienie wydania wtórnika zaświadczenia ADR**

* Został utracony

1. Data utraty dokumentu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dzień Miesiąc Rok

1. Przyczyna utraty (kradzież, zagubienie)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Zniszczenie

1. **Do wniosku załączam:**

* Dowód wniesienia opłaty za wydanie wtórnika zaświadczenia ADR;
* Oświadczenie o odpowiedzialności karnej[[3]](#footnote-3);
* Formularz zgłoszeniowy;
* Informacja w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dotyczą.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................. dnia ...................................  miejscowość |  |

Podpis wnioskodawcy

**Pouczenie:**

1. Wniosek należy złożyć w Punkcie Informacyjno-Podawczym (na parterze budynku) Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego,   
   Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń.
2. Zgodnie z art. 25. ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych marszałek województwa pobiera opłatę:

* za wydanie zaświadczenia ADR albo jego wtórnika,
* ewidencyjną na pokrycie kosztów działania centralnej ewidencji kierowców.

1. Wysokość opłaty za wydanie zaświadczenia ADR lub jego wtórnika wynosi **50 zł** (słownie: pięćdziesiąt złotych 00/100). Opłaty należy dokonywać na konto nr **20 1020 5011 0000 9502 0128 2227, w tytule proszę wpisać *opłata za wydanie wtórnika zaświadczenia ADR - imię i nazwisko*.**
2. Dowód wpłaty (pkt. 3) należy dołączyć do przedmiotowego wniosku.
3. Wtórnik zaświadczenia ADR zostanie wydany w terminie 7 dni od daty złożenia wniosku.
4. W przypadku gdy numer PESEL nie został nadany należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

1. Właściwe pole zaznaczyć znakiem X. [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe pole zaznaczyć znakiem X. [↑](#footnote-ref-2)
3. Pole zaznacza znakiem X kierowca, który utracił zaświadczenie ADR, albo posiada zaświadczenie ADR zniszczone w stopniu powodującym jego nieczytelność. [↑](#footnote-ref-3)