…………………………………………………………… Skarżysko-Kamienna, dnia……………………………

……………………………………………………………

nazwa przedsiębiorcy **URZĄD MIASTA**

…………………………………………………………… **W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ**

**WYDZIAŁ DRÓG I TRANSPORTU**

……………………………………………………………

siedziba i adres albo miejsce zamieszkania przedsiębiorcy\*\*

****

numer identyfikacji podatkowej NIP

**W N I O S E K**

**o udzielenie/dostosowanie/zmianę treści/wydanie wtórnika licencji na wykonywanie krajowego transportu drogowego w zakresie przewozu osób taksówką**

1. Wnoszę o:\*

* udzielenie licencji
* zmianę danych w licencji nr ………………………..…………………… z powodu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Wydanie wtórnika licencji nr ………………………..…………………… z powodu:

……………………………..……………………...............…………………………………………………………………………………………….

* Wydanie wypisu licencji nr ………………………..…………………… z powodu:

……………………………..……………………...............…………………………………………………………………………………………….

1. Miejsce rejestracji przedsiębiorcy:\*

* Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
* Krajowy Rejestr Sądowy (KRS) pod numerem: ****

1. Okres ważności licencji:

* od 2 do 15 lat
* powyżej 15 do 30 lat
* powyżej 30 do 50 lat

1. Obszar wykonywania przewozów: **GMINA MIASTA SKARŻYSKA-KAMIENNEJ**
2. Pojazd/y wykorzystywane do transportu drogowego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj pojazdu | liczba pojazdów | liczba wypisów z licencji |
| samochód osobowy spełniający wymagania techniczne dla taksówek osobowych |  |  |

1. Załączniki do wniosku\*:

* oświadczenie dotyczące spełniania wymogu dobrej reputacji, (*Załącznik Nr 1)*
* oświadczenie o zamiarze zatrudnienia kierowców, (*Załącznik Nr 2*)
* wykaz pojazdów do licencji na wykonywanie krajowego transportu drogowego w zakresie przewozu osób taksówką,

(*Załącznik Nr 3)*

* zaświadczenie o niekaralności przedsiębiorcy osobiście wykonującego przewozy/zatrudnionych kierowców.
* kserokopia/e orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy,
* kserokopia/e orzeczenia psychologicznego o braku przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania pracy na stanowisku

kierowcy,

* kserokopia/e prawa jazdy,
* kserokopia/e dowodu/ów rejestracyjnego/ych pojazdu/ów, którym/i transport będzie wykonywany,
* dowód uiszczenia opłaty,
* pełnomocnictwo (tylko w przypadku, gdy strona działa przez pełnomocnika).

Do wglądu: oryginały załączonych kserokopii dokumentów.

................................................................................

(podpis wnioskodawcy)

\* zaznaczyć właściwe

\*\*wpisać miejsce zamieszkania przedsiębiorcy, o ile miejsce to jest tożsame z miejscem prowadzenia działalności gospodarczej

Administratorem danych osobowych jest Gmina Skarżysko-Kamienna, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Skarżyska-Kamiennej z siedzibą przy ul. Sikorskiego 18, 26-110 Skarżysko-Kamienna. Z administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail: [inspektor@um.skarzysko.pl](mailto:inspektor@um.skarzysko.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie internetowej bip.skarzysko.pl

……………………………………………………………………………………..

*(czytelny podpis przedsiębiorcy)*

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTÓW.

Nr licencji …………………. ……nr druku ……………………………… z dnia …………………………………

Wypisy sztuk………………... druki nr od …………………..….…….…do …………….………..…………….

Skarżysko-Kamienna, dnia

……………………….…………………………………… ………………………………………..…………………………

(podpis wnioskodawcy)