

Gryfino, dnia.....  
(miejscowość, data)

**STAROSTA GRYFIŃSKI**  
**ul. Sprzymierzonych 4**  
**74-100 Gryfino**

.....  
(nazwa i adres<sup>2)</sup>)

**W N I O S E K**  
**o wydanie zezwolenia kategorii: II/III/IV<sup>\*\*\*</sup>) na przejazd pojazdu nienormatywnego**  
**na okres miesiąca / 6 miesięcy / 12 miesięcy / 24 miesięcy<sup>\*\*\*</sup>)**

**Wnioskodawca:** \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko/ nazwa)

**Adres:** \_\_\_\_\_

Nr tel.: \_\_\_\_\_, nr faksu: \_\_\_\_\_

NIP<sup>\*\*</sup>) \_\_\_\_\_ REGON<sup>\*\*</sup>) \_\_\_\_\_

PESEL<sup>\*\*</sup>) \_\_\_\_\_

wnoszę o wydanie zezwolenia na przejazd w terminie **od dnia** \_\_\_\_\_  
**do dnia** \_\_\_\_\_ po drogach publicznych pojazdu nienormatywnego, którego:

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

**dla podmiotu:** \_\_\_\_\_  
(nazwa)

**adres:** \_\_\_\_\_

Dane osoby wyznaczonej przez wnioskodawcę do kontaktu: \_\_\_\_\_  
(imię, nazwisko, tel.)

Załącznik: dowód wniesienia opłaty za wydanie zezwolenia

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

\*) Wpisać odpowiednio nazwę i adres właściwego starosty, właściwego naczelnika urzędu celnego-skarbowego albo Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad.

\*\*\*) O ile nadano.

\*\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.