

**Starostwo Powiatowe w Stargardzie
ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard**

*(imię i nazwisko osoby prowadzącej działalność gospodarczą
lub imię i nazwisko osoby zarządzającej transportem)*

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

(PESEL, adres zamieszkania)

.....
.....

OŚWIADCZENIE – ZARZĄDZAJĄCY TRANSPORTEM

Oświadczam, że:

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

- **jestem osobą zarządzającą transportem, mającą rzeczywisty związek z przedsiębiorstwem i spełniam warunki, o których mowa w art. 4 ust. 1 Rozporządzenia (WE) Nr 1071/2009:**

1. posiadam miejsce zamieszkania na terenie Wspólnoty
2. w sposób rzeczywisty i ciągły zarządzam operacjami transportowymi tego przedsiębiorstwa
3. mam rzeczywisty związek z przedsiębiorstwem polegający na tym, że jestem jego pracownikiem, dyrektorem, właścicielem lub udziałowcem lub nim zarządzam

- **jestem uprawniony na podstawie umowy z przedsiębiorcą do wykonywania zadań zarządzającego transportem w jego imieniu i spełniam warunki, o których mowa w art. 4 ust. 2 Rozporządzenia (WE) Nr 1071/2009:**

1. posiadam miejsce zamieszkania na terenie Wspólnoty
2. posiadam certyfikat kompetencji zawodowej w zakresie transportu drogowego
3. kieruję operacjami transportowymi w nie więcej niż czterech różnych przedsiębiorstwach, realizowanymi za pomocą połączonej floty, liczącej ogółem nie więcej niż 50 pojazdów
4. w sposób rzeczywisty i ciągły zarządzam operacjami transportowymi tego przedsiębiorstwa
5. wykonuję określone zadania wyłącznie w interesie przedsiębiorcy, niezależnie od przedsiębiorców na rzecz których przedsiębiorca wykonuje przewóz

.....
(czytelny podpis pełnym imieniem i nazwiskiem)