

.....  
Nazwisko i imię

Poznań, dnia.....

.....  
kod pocztowy - miejscowość

.....  
ulica nr domu - mieszkania

.....  
numer PESEL

.....  
telefon kontaktowy\*

**PREZYDENT  
MIASTA POZNANIA  
ul. Gronowa 22 a  
61 – 655 Poznań**

Proszę o wydanie uprawnienia diagnosty do przeprowadzania badań technicznych pojazdów.

Do wniosku załączam:

- kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie wymaganego wykształcenia technicznego (np. świadectwo szkolne, dyplom ukończenia uczelni wyższej),
- dokument potwierdzający posiadanie wymaganej praktyki (np. zaświadczenie o odbyciu praktyki zawodowej, świadectwo pracy),
- kserokopie zaświadczeń ukończonych kursów (szkoleń), o ile są wymagane,
- kserokopię zaświadczenia potwierdzającego zdanie egzaminu kwalifikacyjnego.

Ponadto przedkładam dowód osobisty do wglądu oraz oryginały powyższych dokumentów w celu potwierdzenia ich zgodności.

Załączam: .....

.....  
podpis

**# Informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są na odwrocie wniosku**

\*- podanie tych danych jest dobrowolne

Nazwa formularza:	Wniosek o wydanie uprawnienia diagnosty	Wydanie: 2
		Obowiązuje od: 01.06.2019 r.

---

**# Informacje na temat przetwarzania danych osobowych:**

Prezydent Miasta Poznania, jako administrator danych osobowych informuje, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązku prawnego, którym jest prowadzenie postępowań w trybie Kodeksu postępowania administracyjnego. Ma Pani / Pan prawo do żądania od Administratora: dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania danych, które są nieprawidłowe, a w sytuacjach określonych prawem – ich usunięcia i ograniczenia przetwarzania. Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [iod@um.poznan.pl](mailto:iod@um.poznan.pl) lub pisemnie na adres: plac Kolegiacki 17, 61-841 Poznań. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu. Odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną Administratora.

Polecenie przelewu/ wpłata gotówkowa \* niepotrzebne skreślić

odcinek dla odbiorcy

nazwa odbiorcy  
URZĄD MIASTA POZNANIA

nazwa odbiorcy cd.  
WYDZIAŁ FINANSOWY

I.k. nr rachunku odbiorcy  
94102040270000160212620763

waluta  
PLN

kwota  
48,00

nr rachunku zleciłodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)  
**W**X \* PLN

czterdzieści osiem złotych zero groszy

nazwa zleciłodawcy

nazwa zleciłodawcy cd.

tytułem  
OPŁATA SKARBOWA ZA WYDANIE

tytułem cd.  
UPRAWNIEN DIAGNOSTY

pieczęć, data i podpis(y) zleciłodawcy

Oplata:

Polecenie przelewu/ wpłata gotówkowa \* niepotrzebne skreślić

odcinek dla zleciłodawcy

nazwa odbiorcy  
URZĄD MIASTA POZNANIA

nazwa odbiorcy cd.  
WYDZIAŁ FINANSOWY

I.k. nr rachunku odbiorcy  
94102040270000160212620763

waluta  
PLN

kwota  
48,00

nr rachunku zleciłodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)  
**W**X \* PLN

czterdzieści osiem złotych zero groszy

nazwa zleciłodawcy

nazwa zleciłodawcy cd.

tytułem  
OPŁATA SKARBOWA ZA WYDANIE

tytułem cd.  
UPRAWNIEN DIAGNOSTY

pieczęć, data i podpis(y) zleciłodawcy

Oplata:

Polecenie przelewu/ wpłata gotówkowa \* niepotrzebne skreślić

odcinek dla odbiorcy

nazwa odbiorcy  
URZĄD MIASTA POZNANIA

nazwa odbiorcy cd.  
WYDZIAŁ FINANSOWY

I.k. nr rachunku odbiorcy  
94102040270000160212620763

waluta  
PLN

kwota  
48,00

nr rachunku zleciłodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)  
**W**X \* PLN

czterdzieści osiem złotych zero groszy

nazwa zleciłodawcy

nazwa zleciłodawcy cd.

tytułem  
OPŁATA SKARBOWA ZA WYDANIE

tytułem cd.  
UPRAWNIEN DIAGNOSTY

pieczęć, data i podpis(y) zleciłodawcy

Oplata:

Polecenie przelewu/ wpłata gotówkowa \* niepotrzebne skreślić

odcinek dla banku zleciłodawcy

nazwa odbiorcy  
URZĄD MIASTA POZNANIA

nazwa odbiorcy cd.  
WYDZIAŁ FINANSOWY

I.k. nr rachunku odbiorcy  
94102040270000160212620763

waluta  
PLN

kwota  
48,00

nr rachunku zleciłodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)  
**W**X \* PLN

czterdzieści osiem złotych zero groszy

nazwa zleciłodawcy

nazwa zleciłodawcy cd.

tytułem  
OPŁATA SKARBOWA ZA WYDANIE

tytułem cd.  
UPRAWNIEN DIAGNOSTY

pieczęć, data i podpis(y) zleciłodawcy

Oplata: