

KTiDP.P-1	Nazwa formularza	Wydanie 2
	Zgoda rodzica / opiekuna prawnego	Obowiązuje od dnia: 14.02.2023r.

Gryfice, dnia .....

**Starosta Powiatu Gryfickiego**  
**ul. Piłsudskiego 18, 72-300 Gryfice**

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO\***

Ja, niżej podpisany:

1. ...., legitymujący się dowodem osobistym .....  
*(imię i nazwisko)* *(seria i numer)*

zamieszkała/y w ..... przy ul. .... pod nr ..... / .....

będąca/y rodzicem / prawnym opiekunem\* ..... ur...../...../.....  
*(imię i nazwisko)* *(dzień / miesiąc / rok)*

**wyrażam zgodę na szkolenie, przystąpienie do egzaminu oraz odebranie uzyskanego prawa jazdy w zakresie kat. .... mojego syna/córki\*.**

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia niniejszym oświadczam, że podane we wniosku dane i informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
*(podpis rodzica / opiekuna\**

\* niepotrzebne skreślić