

KTiDP.P-3	Nazwa formularza	Wydanie 2
	Oświadczenie o utracie prawa jazdy	Obowiązuje od dnia: 14.02.2023r.

Gryfice, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nr PESEL / data urodzenia)**

Starosta Powiatu Gryfickiego
ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 18
72-300 Gryfice
Tel./Fax: 91-384-2056

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana(y), będąc uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań o którym mowa w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. (Dz. U. z 2022r., poz. 1138 z późn. zm.) - Kodeks karny o treści:

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

będąc Stroną w postępowaniu administracyjnym w sprawie wydania wtórnika prawa jazdy oświadczam, że w dniu
utraciłem/utraciłam prawo jazdy w następujących okolicznościach:

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie zostałem/zostałam poinformowany(a) o konieczności zwrotu staroście utraconego dokumentu w przypadku jego odnalezienia (ar. 18 ust. 6 ustawy z dnia o kierujących pojazdami Dz. U. z 2021r., poz. 1212 z późn. zm.).

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

** Datę urodzenia wpisują tylko cudzoziemcy, którzy nie mają ustalonego Nr PESEL