

Kolbuszowa, dnia .....

.....

Imię i Nazwisko

.....

Adres

.....

Numer PESEL

**STAROSTWO POWIATOWE  
W KOLBUSZOWEJ  
Wydział Komunikacji**

W związku z upływem terminu **zatrzymania prawa jazdy** na okres przekraczający **1 rok**, proszę o skierowanie mnie na kontrolne sprawdzenie kwalifikacji w zakresie kategorii .....

.....

Data i podpis