|  |
| --- |
|  |
| **WNIOSEK** **O PRZEPROWADZENIE CERTYFIKACJI TYPU SYMULATORA JAZDY SAMOCHODEM**(zgodnie z programem CST) |
| Zaznacz „X” we właściwym polu |
| **I certyfikacja** | [ ]  | **kolejna certyfikacja** | [ ]  | **nr ostatniej certyfikacji** |  |
|  |
| **Nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o certyfikat (wnioskodawca) lub pieczątka firmowa:** | **KRS/CEIDG** | **NIP** |
|  |  |  |
| **Nazwa i adres producenta symulatora jazdy samochodem** (proszę wskazać jeśli jest inny niż powyżej) |
|  |
|  |
| **Osoba(y) wyznaczona do kontaktu z jednostką certyfikującą** |
| **Imię i nazwisko** |  | **Telefon:** |  | **e-mail:** |  |
| Wnioskodawca wyraża zgodę, aby na wskazany wyżej adres e-mail przesyłać informacje dotyczące realizacji certyfikacji |
| DANE SYMULATORA |  | **Typ symulatora** wg WT/115/PIMOT/14 |
| **Marka** |  | **R** | [ ]  |
| **Typ** |  | **1** | [ ]  |
| **Model** |  | **2** | [ ]  |
| **Nr fabryczny /ewidencyjny** |  | **3** | [ ]  |
|  |
| **Dokument odniesienia określający wymagania** | **Typ symulatora** |
| Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie urządzenia do symulowania jazdy w warunkach specjalnych (Dz.U. 2021, poz. 65) | **R** |
| WT/115/PIMOT/14 „Symulatory jazdy samochodem. Wymagania i badania w zakresie dopuszczenia do stosowania w ośrodkach szkolenia kierowców”. Warunki techniczne uwzględniają wymagania ww. rozporządzenia. | **1, 2, 3, R** |
|  |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| 1. Sprawozdanie z badań typu symulatora jazdy samochodem
 |
| 1. Dokumentacja typu symulatora jazdy samochodem
 |
| 1. Inne dokumenty, jeśli zostały określone przez jednostkę certyfikującą wyroby
 |
| **Wnoszę o uwzględnienie wydania certyfikatu w języku angielskim**  | [ ]  **TAK** | [ ]  **NIE** |
| **W ramach wskazanego powyżej symulatora jazdy samochodem klasy R, proszę wskazać w certyfikacie także zgodność z wymaganiami Warunków Technicznych WT/115/PIMOT/14.**Dotyczy wyłącznie symulatora jazdy samochodem klasy R. | [ ]  **TAK** | [ ]  **NIE** |
| **Podpis osoby reprezentującej wnioskodawcę** |  |
| **Data:** |  |
| **Informacje uzupełniające:** |
| * Obowiązujące formularze są dostępne na naszym portalu [www.pimot.lukasiewicz.gov.pl](http://www.pimot.lukasiewicz.gov.pl) w zakładce certyfikacja
 |
| * Brak kompletnego wniosku uniemożliwia jednostce certyfikującej rejestrację wniosku
 |
| * Warunki certyfikacji zostaną określone w umowie certyfikacji
 |
| * Kontakt w sprawie badań do Laboratorium Badań Symulacyjnych Łukasiewicz-PIMOT: tel. +48 22 7777 091
 |