**………………… ……………........................ …………………………………**

(miejscowość i data)

**………………………………………………..**

(lekarz, imię nazwisko)

**..........................................................................**

(nr wpisu w ewidencji)

**…………………………………………………………..**

**…………………………………………………………..**

**…………………………………………………………..**

(adres do korespondencji)

**Marszałek**

 **Województwa Świętokrzyskiego**

 **al. IX Wieków Kielc 3**

 **25-516 Kielce**

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE**

**Z EWIDENCJI UPRAWNIONYCH LEKARZY**

**wykonujących badania lekarskie osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, prowadzonej przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego**

Stosownie doart. 80 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami(t.j. Dz.U.2025.1226), zwracam się z prośbą o wykreślenie wpisu pod nr …………………..
z ewidencji uprawnionych lekarzy wykonujących badania lekarskie osób ubiegających się
o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, prowadzonej przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego.

Uzasadnienie………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 **……………………………………**

 (podpis wnioskodawcy)