

I.

DOKLAD O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI ŽIADATEĽA O UDELENIE VODIČSKÉHO OPRÁVNENIA/VODIČA, KTORÝ SA PODROBUJE PRESKÚMANIU ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

Meno a priezvisko, adresa (sídlo) posudzujúceho lekára (aj vo forme pečiatky, ak táto obsahuje požadované údaje)	Evidenčné číslo:
---	------------------

Meno a priezvisko posudzovanej osoby:

Rodné číslo* posudzovanej osoby:

Skupiny vodičských oprávnení, ktorých je posudzovaná osoba držiteľom:

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	T
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----	---

Skupiny vodičských oprávnení, o ktorých udelenie posudzovaná osoba žiada:

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	T
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----	---

ZÁVER

a) Menovaný(á) bol(a) posudzovaný(á)

1. podľa § 87 ods. 7 písm. a) zákona č. 8/2009 Z. z. (vodičské oprávnenie skupiny AM, A1, A2, A, B1, B, BE a T) ako vodič **skupiny 1****
2. podľa § 87 ods. 7 písm. b) zákona č. 8/2009 Z. z. (vodičské oprávnenie skupiny C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D a DE) ako vodič **skupiny 2****

b) s týmto výsledkom:

1. **spôsobilý(á) bez obmedzenia** na vedenie motorových vozidiel skupiny:
2. **nespôsobilý(á)** na vedenie motorových vozidiel skupiny:
3. **spôsobilý(á) s podmienkou** na vedenie motorových vozidiel skupiny:

Dátum uplynutia platnosti dokladu,

ak je zdravotná spôsobilosť osoby podmienená:

Miesto a dátum vykonania lekárskej prehliadky:

Odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára:

* Ak rodné číslo nie je pridelené, uveďte dátum narodenia.

** Nehodí sa prečiarknuť.