

Doklad o zdravotnej spôsobilosti

žiadateľ a o udelenie vodičského oprávnenia / vodiča, ktorý sa podrobuje preskúmaniu zdravotnej spôsobilosti / vodiča, ktorému bolo odobraté vodičské oprávnenie*

1. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, adresa, tel. číslo:

2. Meno a priezvisko:

3. Dátum narodenia:

4.

a)

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

b)

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

5. Menovaný bol posudzovaný

a) ako vodič skupiny

b) s týmto záverom:

1. **spôsobilý** na vedenie motorových vozidiel skupiny alebo podskupiny:

2. **nespôsobilý** na vedenie motorových vozidiel skupiny alebo podskupiny:

3. **navrhujem obmedziť** vodičské oprávnenie skupiny alebo podskupiny takto:

6.

Miesto a dátum vyhotovenia

7.

Odtlačok pečiatky a podpis lekára