

DOKLAD O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI
žiadateľa o udelenie vodičského oprávnenia / vodiča, ktorý sa
podrobuje preskúmaniu zdravotnej spôsobilosti

I.

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

Evidenčné číslo:

Meno a priezvisko posudzovanej osoby:

Dátum narodenia 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 bol posudzovaný

1. podľa § 87 ods. 7 písm. a) zákona č. 8/2009 Z. z. (vodičské oprávnenie skupiny AM, A1, A2, A, 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 bez obmedzenia** na vedenie motorových vozidiel skupiny:
2. **nespôsobilý** na vedenie motorových vozidiel skupiny:
3. **spôsobilý 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:

*Nehodiace sa prečiarknuť

mobil:

mail:

@gmail.com