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: .....

Rodné číslo* posudzovanej osoby: .....

Skupiny vodičských oprávnení, ktorých je posudzovaná osoba držiteľom:

AM	A 1	A2	A	B 1	B	BE	C 1	C1E	C	CE	D 1	D1E	D	DE	T

Skupiny vodičských oprávnení, o ktorých udelenie posudzovaná osoba žiada:

AM	A 1	A2	A	B 1	B	BE	C 1	C1E	C	CE	D 1	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.
** Nehodiace sa prečiarknuť.