

ZÁVER O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE ŽIADATEĽA

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:
adresa:
telefónne číslo:

V Košiciach dňa:
Evidenčné číslo:

Meno a priezvisko:
Deň, mesiac a rok narodenia:
Miesto narodenia: Štátna príslušnosť:

) žiada o udelenie vodičského oprávnenia skupiny alebo podskupiny:
) je držiteľom vodičského oprávnenia skupiny alebo podskupiny:

Skupina alebo podskupina	Závery lekárskej prehliadky vykonanej dňa ²⁾ :	Podpis lekára
AM		
A ₁		
A		
B ₁		
B		
BE		
C ₁		
C		
C ₁ E		
CE		
D ₁		
D		
D ₁ E		
DE		
T		

.....
Odtlačok pečiatky a podpis lekára

) Nehodiace sa prečiarknite.

²⁾ Vypĺňa sa podľa § 3 vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 164/1997 Z. z. o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla v znení neskorších predpisov (spôsobilý, nespôsobilý, harmonizovaný kód). Pri skupinách a podskupinách vodičského oprávnenia, o ktorých udelenie žiadateľ nežiada, a skupinách a podskupinách vodičského oprávnenia, ktorých žiadateľ nie je držiteľom, sa prvé 2 stĺpce zľava prečiarknu a prečiarknutie lekár potvrdí podpisom.