

ŽÁDOST O VRÁCENÍ ŘIDIČSKÉHO OPRAVNĚNÍ

Jméno : Příjmení (titul) :

Datum narození : místo : rodné číslo :

Adresa pobytu : PSČ :

Datum a číslo jednací rozhodnutí o odnětí řidičského oprávnění pro ztrátu

odborné způsobilosti :

Žádám o vrácení řidičského oprávnění skupin :

V : dne :
(podpis žadatele)

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Vyplňuje posuzující lékař

K řízení motorových vozidel skupiny (podskupiny) řidičského oprávnění je žadatel

*) zdravotně způsobilý

*) zdravotně způsobilý s podmínkou

Datum : otisk razítka lékaře : podpis lékaře:

Pozn. : *) nehodící se škrtně

Vyplňuje obecní úřad obce s rozšířenou působností :

Datum vrácení řidičského průkazu :

Žadateli byl vydán řidičský průkaz číslo : serie : na skupiny ŘO :

Řidičský průkaz vydal : Řidičský průkaz převzal :
podpis podpis

razítko obecního úřadu
obce s rozšířenou působností