



Autoškola „IKARA“, Hrobákova 34, BRATISLAVA, tel.: 02/622 40 565

DOKLAD

o zdravotnej spôsobilosti

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

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

Meno a priezvisko posudzovanej osoby :

Dátum narodenia posudzovanej osoby:

a) Označiť prečiarknutím skupiny a podskupiny VP ktorých nie som držiteľom

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

b) Som držiteľom VP skupiny

c) Označiť prečiarknutím skupiny a podskupiny o ktoré nežiadam

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

Menovaný bol posudzovaný

a) ako vodič skupiny **AM B1 B** v zmysle § 29 odst. 1 vyhlášky MV SR č. 9/2009

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:

V dňa

.....
odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára

Dátum prehliadky musí byť najneskôr ku dňu prvého vyučovania v kurze.