

# ZÁVER O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE ŽIADATEĽA

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, adresa a telefónne číslo:

V

dňa:

Evidenčné číslo:

Meno a priezvisko:

Deň, mesiac a rok narodenia:

Miesto narodenia:

Štátna príslušnosť:

<sup>1)</sup> žiada o udelenie vodičského oprávnenia skupiny alebo podskupiny:

<sup>1)</sup> je držiteľom vodičského oprávnenia skupiny alebo podskupiny:

Skupina alebo podskupina	Záverý lekárskej prehliadky vykonanej dňa <sup>2)</sup> :	Podpis lekára
AM		
A1		
A		
B1		
B		
BE		
C1		
C		
C1E		
CE		
D1		
D		
D1E		
DE		
T		

Odtlačok pečiatky a podpis lekára

<sup>1)</sup> Nehodiace sa prečiarknite.

<sup>2)</sup> 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.