

Zdravotnicke zariadenie
Adresa

ZÁVER O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE VODIČA

V dňa
Evidenčné číslo:

Meno a priezvisko žiadateľa o vydanie vodičského oprávnenia alebo držiteľa vodičského oprávnenia*):

.....

Deň, mesiac a rok narodenia:

Rodné číslo:

Miesto narodenia: Okres:

Štátna príslušnosť:

Podľa výsledku lekárskej prehliadky vykonanej dňa je

- a) spôsobilý viesť motorové vozidlo*),
- b) spôsobilý viesť motorové vozidlo za týchto podmienok (napr. s okuliarmi alebo s inou zdravotníckou pomôckou*):
- c) nie je spôsobilý viesť motorové vozidlo*).

Poučenie:

Proti tomuto záveru možno do 15 dní od jeho doručenia podať odvolanie podľa § 77 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti vedúcemu zdravotníckeho zariadenia.

(Odtlačok pečiatky a podpis lekára)

*) Nehodiace sa prečiarknite.