

Zdravotnícke zariadenie .....  
Adresa .....

### ZÁVER O PSYCHOLOGICKOM VYŠETRENÍ 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 psychologického vyšetrenia vykonaného dňa ..... je

- a) spôsobilý viesť motorové vozidlo\*),
- b) nespôsobilý 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 psychológa)

\*) Nehodiace sa prečiarknite.