

V Z O R

Zdravotnícke zariadenie:

Adresa:

**DOKLAD O PSYCHOLOGICKOM VYŠETRENÍ DRŽITEĽA
INŠTRUKTORSKÉHO PREUKAZU**

V dňa

Evidenčné číslo:

Meno a priezvisko držiteľa inštruktorského preukazu na skupiny:

.....

Deň, mesiac a rok narodenia:

Miesto narodenia: Okres:

Štátna príslušnosť:

Podľa výsledku psychologického
vyšetrenia vykonaného dňa je držiteľ inštruktorského preukazu na skupiny

- a) spôsobilý naďalej vykonávať výcvik vodičov,*)
- b) nespôsobilý naďalej vykonávať výcvik vodičov.*)

Poznámka (pre autoškolu vykonávajúcu výcvik):

.....

Poučenie:

Proti tomuto záveru možno do 15 dní od jeho doručenia podať opravný prostriedok podľa § 17 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

(Odtlačok pečiatky, meno, priezvisko
a podpis certifikovaného dopravného psychológa)

*) Nehodí sa prečiarknite.