

ŽÁDOST O VRÁCENÍ ODŇATÉHO ŘIDIČSKÉHO OPRÁVNĚNÍ

pro ztrátu zdravotní způsobilosti
(§ 100 odst. 4 zákona č. 361/2000 Sb.)

Vyplní žadatel

Jméno Příjmení

Datum a místo narození

Rodné číslo telefon

Adresa trvalého / přechodného pobytu v ČR

..... p.s.č.

Datum nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí
řidičského oprávnění pro ztrátu zdravotní způsobilosti

Skupina vozidel, pro kterou se žádá
o vrácení řidičského oprávnění

K žádosti přikládám:

1. Posudek o zdravotní způsobilosti ze dne
vydaný posuzujícím lékařem
(*ke dni podání žádosti nesmí být starší než 30 dní*)
2. Doklad o odborné způsobilosti ze dne
(pokud od právní moci rozhodnutí o odnětí ŘO uplynuly více než tři roky - *ke dni podání
žádosti nesmí být starší než 30 dní*)

Datum podání žádosti

Podpis žadatele

Vyplní pracovník úřadu

Totožnost žadatele ověřena podle ev.č.

Žádost přijal dne

pod č.j.