

Městský úřad Luhačovice
odbor dopravy
nám. 28. října 543
763 26 Luhačovice

Žádost o vrácení řidičského oprávnění ze zdravotních důvodů

(dle ustanovení § 100 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích
a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů)

Jméno a příjmení:

Adresa obvyklého bydliště žadatele na území České republiky nebo místa studia:

.....

Datum a místo narození:

Rodné číslo:

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

.....

Skupina vozidel, pro kterou se žádá o vrácení řidičského oprávnění:

.....

Dne:

Podpis žadatele:

K žádosti se dokládá:

1. platný doklad totožnosti žadatele

2. doklad o zdravotní způsobilosti žadatele vydaný posuzujícím lékařem, který nesmí být ke dni podání žádosti starší než 30 dní (lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel)

3. doklad o odborné způsobilosti žadatele, který nesmí být ke dni podání žádosti starší než 30 dní, je-li žádost podávána po více než 3 letech od nabytí právní moci o odnětí řidičského oprávnění pro ztrátu zdravotní způsobilosti