ŽIADOSŤ O UDELENIE VODIČSKÉHO OPRÁVNENIA

I.

(Vyplňuje orgán Policajného zboru)
Poradové číslo v protokole vodičských oprávnení: VYPLNÍ POLICAJT

ŽIADOSŤ O UDELENIE VODIČSKÉHO OPRÁVNENIA

(Vyplňuje žiadateľ)

Meno VZOR **priezvisko** SPECIMEN

rodné priezvisko SPECIMEN

dátum narodenia DD.MM.YYYY **miesto narodenia** DUNAJSKÁ STREDA

rodné číslo XXXXXX/XXXX

adresa pobytu podľa § 2 ods. 2 písm. s) zákona č. 8/2009 Z. z. VYPLŇIŤ ADRESU AKO NA OBČIANSKOM PREUKAZE

Som držiteľom vodičského oprávnenia skupiny VYPLNIŤ LEN KEĎ UŽ VLASTNÍTE VP

Som držiteľom vodičského preukazu (uviesť číslo a štát vydania) VYPLNIŤ LEN KEĎ UŽ VLASTNÍTE VP

Žiadam o udelenie vodičského oprávnenia skupiny B, B1, AM

na základe:*

[X] vodičského kurzu a skúšky z odbornej spôsobilosti [ ] osobitnej skúšky [ ] osobitného výcviku

Študujem na území Slovenskej republiky aspoň šesť mesiacov* [X] áno [ ] nie

V DUN. STREDE dňa NEVYPLŇOVAŤ PODPIS

podpis žiadateľa

(Vyplňuje zákonný zástupca žiadateľa, ak žiadateľ v deň podania žiadosti o udelenie vodičského oprávnenia nedosiahol vek 18 rokov)

Meno MENO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU **priezvisko** PRIEZVISKO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

rodné číslo ** XXXXXX/XXXX

ako zákonný zástupca žiadateľa súhlasím s udelením vodičského oprávnenia skupiny B, B1, AM

V DUN. STREDE dňa NEVYPLŇOVAŤ PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

podpis zákonného zástupcu

* Relevantné označte znakom „X".
** Ak rodné číslo nie je pridelené, uveďte dátum narodenia.

(Vypĺňuje posudzujúci lekár)

Potvrdenie o výsledku lekárskej prehliadky

Meno a priezvisko, adresa (sídlo) posudzujúceho lekára
(aj vo forme odtlačku pečiatky, ak táto obsahuje požadované údaje) PEČIATKA S MENOM A ADRESOU LEKÁRA

Meno VYPLŇIŤ MENO **priezvisko** VYPLŇIŤ PRIEZVISKO

dátum narodenia DD.MM.YYYY

bol(a) posudzovaný(á) ako vodič **skupiny 1/skupiny 2***** podľa § 87 ods. 8 zákona č. 8/2009 Z. z. s týmto výsledkom:

1. **spôsobilý(á) bez obmedzenia** na vedenie motorových vozidiel skupiny:*** B, B1, AM PODPIS LEKÁRA

~~2. nespôsobilý(á) na vedenie motorových vozidiel skupiny:***~~ PODPIS LEKÁRA

alebo 3. **spôsobilý(á) s podmienkou** na vedenie motorových vozidiel skupiny:*** B, B1, AM PODPIS LEKÁRA
HK 01.01 alebo HK 01.06

V MESTE LEKÁRA dňa DÁTUM PODPIS LEKÁRA + PEČIATKA

Odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára

Miesto na preukázanie zaplatenia správneho poplatku

E - KOLKY MAJÚ ČASOVO OBMEDZENÚ PLATNOSŤ. NA TOTO MIESTO NALEPÍ AUTOŠKOLA PO PRIHLÁSENÍ NA SKÚŠKU.

(Vypĺňuje žiadateľ v deň vykonania skúšky alebo v deň konania o udelení vodičského oprávnenia na základe osobitného výcviku)

Čestné vyhlásenie k splneniu niektorých podmienok na udelenie vodičského oprávnenia

Čestne vyhlasujem, že

a) som nepredložil(a) žiadosť o udelenie vodičského oprávnenia rovnakej skupiny na orgán Policajného zboru, ktorý na jej základe začal a neskončil konanie v rovnakej veci,
b) **mám/nemám***** na území Slovenskej republiky zvyčajné bydlisko podľa § 77 ods. 2 zákona č. 8/2009 Z. z.,
c) **študujem/neštudujem***** na území Slovenskej republiky aspoň 6 mesiacov,
d) spĺňam podmienky podľa § 77 ods. 1 písm. m) až p) a r) zákona č. 8/2009 Z. z.,
e) **mám/nemám***** najmenej dvojročnú prax vo vedení **motorového vozidla skupiny A1 podľa § 75 ods. 3 písm. a) zákona č. 8/2009 Z. z.***** alebo **motorového vozidla skupiny A2.*****

V NEVYPLŇOVAŤ dňa ..... podpis žiadateľa .....

V VYPLNÍ SA V DEŇ SKÚŠOK dňa ..... podpis žiadateľa .....

V ..... dňa ..... podpis žiadateľa .....

V ..... dňa ..... podpis žiadateľa .....

*** Nehodiace sa prečiarknuť.