

ŽIADOSŤ O UDELENIE VODIČSKÉHO OPRAVŇENIA

ŽIADOSŤ JE POTREBNÉ VYTLAČIŤ OBOJSTRANNE A VYPLNIŤ JU MODRÝM PEROM!

(Vyplňuje orgán Policajného zboru)

Poradové číslo v protokole vodičských oprávnení:

VYPLNÍ ORGÁN POLICAJNÉHO ZBORU

ŽIADOSŤ O UDELENIE VODIČSKÉHO OPRAVŇENIA

(Vyplňuje žiadateľ)

Meno **Janko** priezvisko **Hraško**
rodné priezvisko**
dátum narodenia **29.2.1990** miesto narodenia **Košice**
rodné číslo **900229/4571** **VYPLNIŤ ADRESU AKO NA OBČIANSKOM PREUKAZE VRÁTANE MESTSKEJ ČASTI**
adresa pobytu alebo miesta zdržiavania sa **Krmanova 3, 040 01 Košice-Staré Mesto**
Som držiteľom vodičského oprávnenia skupiny **VYPLNIŤ LEN KEĎ UŽ STE VLASTNÍKOM VODIČSKÉHO PREUKAZU**
Som držiteľom vodičského preukazu (uviesť číslo a štát vydania) **VYPLNIŤ LEN KEĎ UŽ STE VLASTNÍKOM VODIČSKÉHO PREUKAZU**

B, B1, AM

Žiadam o udelenie vodičského oprávnenia skupiny
na základe:*

vodičského kurzu a skúšky z odbornej spôsobilosti osobitnej skúšky osobitného výcviku

DÁTUM PODPÍSANIA V TEJTO ČASTI MUSÍ BYŤ SKORŠÍ ALEBO ROVNAKÝ AKO DÁTUM POSUDZUJÚCEHO LEKÁRA. AK SI NIE SI ISTÝ, DOPLŇME ICH SPOLOČNE PRI ZÁPISE DO KURZU

Košiciach

NEVYPÍŇAŤ

V dňa
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 ** **RODNÉ ČÍSLO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU**
ako zákonný zástupca žiadateľa súhlasím s udelením vodičského oprávnenia skupiny **B, B1, AM**
DÁTUM PODPÍSANIA V TEJTO ČASTI MUSÍ BYŤ SKORŠÍ ALEBO ROVNAKÝ AKO DÁTUM POSUDZUJÚCEHO LEKÁRA. AK SI NIE SI ISTÝ, DOPLŇME ICH SPOLOČNE PRI ZÁPISE DO KURZU
V **KOŠICIACH** dňa **NEVYPÍŇAŤ**
podpis zákonného zástupcu

* Relevantné označte znakom „X“.

** Ak rodné číslo nie je pridelené, uveďte dátum narodenia.

(Vyplňuje posudzujúci lekár)

Potvrdenie o výsledku lekárskej prehliadky

Meno a priezvisko, adresa (sídlo) posudzujúceho lekára
(aj vo forme pečiatky, ak táto obsahuje požadované údaje)

PEČIATKA S MENOM A ADRESOU LEKÁRA

Meno **Janko** priezvisko **Hraško**
dátum narodenia **29.2.1990**

bol(a) posudzovaný(á) ako vodič skupiny 1/skupiny 2*** podľa § 87 ods. 7 zákona č. 8/2009 Z. z.
s týmto výsledkom:

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

ALEBO 2. nespôsobilý(á) na vedenie motorových vozidiel skupiny:*** **PODPIS & PEČIATKA LEKÁRA**

3. spôsobilý(á) s podmienkou na vedenie motorových vozidiel skupiny:*** **B, B1, AM** **PODPIS & PEČIATKA LEKÁRA**

*** PRI BODE „3“ LEKÁR MUSÍ UVIESŤ KONKR. DIOPTRICKÚ POMÔCKU, IDEÁLNE AJ KÓD (01.01. - OKULIARE, 01.02. - KONTAKTNÉ ŠOŠOVKY, 01.06. - OKULIARE/ŠOŠOVKY)**

V **MESTE LEKÁRA** dňa **LEKÁR MUSÍ UVIESŤ DÁTUM POTVRDENIA!** **PODPIS & PEČIATKA LEKÁRA**

Odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára

Miesto na preukázanie zaplatenia správneho poplatku

NA NASLEDUJÚCU OHRANIČENÚ ČASŤ PRILEPÍ AUTOŠKOLA PRED PRIHLÁSENÍM NA SKÚŠKU E-KOLKY. E-KOLKY MAJÚ OBMEDZENÚ ČASOVÚ PLATNOŠŤ 1 MESIAC, PRETO ICH NEKUPUJTE A NENALEPUJTE VOPRED. S KÚPOU KOLKU VÁM POMÔŽEME PO UKONČENÍ KURZU A PRI PRIHLASOVANÍ NA SKÚŠKU.

Čestné vyhlásenie k splneniu niektorých podmienok na udelenie vodičského oprávnenia

Čestne vyhlasujem, že

- som nepredložil žiadosť o udelenie vodičského oprávnenia rovnakej skupiny na iný orgán Policajného zboru, ktorý na jej základe začal alebo neskončil začaté konanie v rovnakej veci.
- mám na území Slovenskej republiky zvyčajné bydlisko podľa § 77 ods. 2 zákona č. 8/2009 Z.z..
- spĺňam podmienky podľa § 77 ods. 1 písm. m) až q) zákona č. 8/2009 Z.z..

V **NEVYPLŇAŤ!** dňa podpis žiadateľa

V **UVYPLŇ SA V DEŇ SKÚŠOK** dňa podpis žiadateľa

V dňa podpis žiadateľa

ŽIADOSŤ TREBA SKONTROLOVAŤ A PRINIESŤ NA ÚVODNÉ STRETNUTIE PRED ZAČIATKOM KURZU. ČÍM SKÔR NÁM JU DORUČITE, TÝM SKÔR MOŽE ZAČAŤ KURZ A OSTATNÍ UCHÁDZAČI NEMUSIA ČAKAŤ.