

Číslo jednací : .....

### Žádost o vrácení řidičského oprávnění

Jméno : ..... Příjmení (titul) : .....

datum narození : ..... místo : ..... rodné číslo : .....

Adresa pobytu : ..... PSC : .....

Datum rozhodnutí o odnětí řidičského oprávnění pro ztrátu odborné způsobilosti : .....

Žádám o vrácení řidičského oprávnění skupin : .....

V : ..... dne : .....

( podpis žadatele )

### Posudek o zdravotní způsobilosti

Vyplňuje posuzující lékař

K řízení motorových vozidel skupiny ( podskupiny ) řidičského oprávnění ..... je žadatel

\*) zdravotně způsobilý

\*) zdravotně způsobilý s podmínkou .....

datum : ..... otisk razítka lékaře : ..... podpis lékaře : .....

Pozn. : \*) nehodící se škrtně

Vyplňuje obecní úřad obce s rozšířenou působností :

Datum vrácení řidičského průkazu : .....

Žadateli byl vydán řidičský průkaz číslo : ..... série ..... na skupiny ŘO .....

Řidičský průkaz vydal : ..... Řidičský průkaz převzal : .....

podpis

podpis

razítko obecního úřadu  
obce s rozšířenou působností