

MAGISTRÁT MĚSTA OPAVY, Horní náměstí č. 69, 746 26 Opava
Odbor dopravy, pracoviště Krnovská 71, 746 01 Opava

ŽÁDOST O VRÁCENÍ ŘIDIČSKÉHO OPRÁVNĚNÍ

POMINUTÍ DŮVODŮ PRO ODNĚTÍ ŘIDIČSKÉHO OPRÁVNĚNÍ PRO ZTRÁTU ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Žádám Vás tímto podle ustanovení § 100 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, o vrácení řidičského oprávnění z důvodu pomnutí důvodů pro odnětí řidičského oprávnění pro ztrátu zdravotní způsobilosti.

Žadatel:

Jméno a příjmení: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Datum, místo narození, rodné číslo: _____

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

Příslušné skupiny/podskupiny řidičského oprávnění, o jejichž vrácení je žádáno:
(zakroužkujte)

AM,A1,A2,A,B1,B,BE,C1,C,D1,D,C1E,CE,D1E,DE,T.

Jako přílohu k žádosti přikládám:

- posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel vydaný posuzujícím lékařem, který nesmí být ke dni podání žádosti starší než 30 dní
- doklad o odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel, který nesmí být ke dni podání žádosti starší než 30 dní, pokud od právní moci rozhodnutí o odnětí řidičského oprávnění pro ztrátu zdravotní způsobilosti uplynuly více než 3 roky

V Opavě dne _____

 podpis žadatele

Totožnost ověřena dle OP: _____

Podpis zaměstnance MMO: _____