

## Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti

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

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jméno, popřípadě jména, a příjmení žadatele:                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| Adresa trvalého pobytu:                                                                                                                                      |                                                                                                                                               |
| Datum narození:                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |
| Průkaz totožnosti <sup>1)</sup>                                                                                                                              | Série a číslo průkazu totožnosti:                                                                                                             |
| Skupina nebo podskupina řídičského oprávnění, ke které je prohlášení vydáváno:                                                                               |                                                                                                                                               |
| Prohlašuji, že                                                                                                                                               | a) se cítím zdrav(a) a že si nejsem vědom(a), že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou nebezpečné pro řízení motorového vozidla <sup>2)</sup> |
|                                                                                                                                                              | b) se necítím zdrav(a), mám následující zdravotní obtíže: <sup>2)</sup>                                                                       |
|                                                                                                                                                              | c) se cítím zdrav(a), ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc: <sup>2)</sup>                                                               |
|                                                                                                                                                              | d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky: <sup>2)</sup>                                                                              |
|                                                                                                                                                              | e) užívám/užíval(a) jsem <sup>2)</sup> pravidelně/nepravidelně <sup>2)</sup> tyto návykové látky:                                             |
| Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa registrujícího praktického lékaře, pokud není posuzujícím lékařem:                                                 |                                                                                                                                               |
| Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, popřípadě klinického psychologa, pokud se u něho žadatel(ka) opakovaně nebo dlouhodobě léčil(a): |                                                                                                                                               |
| Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) úplně a pravdivě.                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| V ..... dne .....                                                                                                                                            | .....<br>Podpis posuzované osoby                                                                                                              |

1) Například občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad (pas), u uprchlíků doklad totožnosti.

2) Nehodící se škrtněte.