

## Žádost

o vrácení řidičského oprávnění dle § 100 odst. 1 zákona č. 361/2000 Sb.,  
o provozu na pozemních komunikacích  
(ztráta zdravotní způsobilosti)

a) Jméno a příjmení žadatele:

b) Adresa obvyklého bydliště žadatele:

ulice  číslo popisné / evidenční

PSČ  obec

c) Datum, místo narození a rodné číslo:

datum narození  /  /

místo narození

rodné číslo  /

d) Datum právní moci rozhodnutí o odnětí řidičského oprávnění  
pro ztrátu zdravotní způsobilosti

e) Skupina vozidel, pro kterou se žádá o vrácení řidičského oprávnění:

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

Odůvodnění žádosti:

Datum podání :

v Příbrami

Podpis žadatele:

vyplňuje pracovník úřadu

**Ověření totožnosti:**

doklad totožnosti číslo: \_\_\_\_\_

**Ověřil:** \_\_\_\_\_

platnost dokladu do: \_\_\_\_\_

**Přílohy:**

Výpis z EKŘ
Posudek o zdravotní způsobilosti ne starší 30 dní
Doklad o odborné způsobilosti ne starší 30 dní

ANO / NE
ANO / NE
ANO / NE