**Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel**

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

a vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, ve znění pozdějších předpisů

Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb, jehož jménem se posudek vydává, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání

..............................................................................................................................................

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzované osoby

..............................................................................................................................................

Datum narození ............................. Průkaz totožnosti - číslo1) .....................................

Adresa obvyklého bydliště na území České republiky

..............................................................................................................................................

Druh lékařské prohlídky, které se podle zákona posuzovaná osoba podrobila ……………………………

Posouzení podle skupiny 1 2) skupiny 2 2) přílohy č. 3 vyhlášky

Dopravně psychologické vyšetření podle § 87a zákona bylo provedeno

a) ano2), a to v roce ............................. b) ne2)

Posuzovaná osoba

a) je zdravotně způsobilá2) pro skupinu řidičského oprávnění ……................................................

b) není zdravotně způsobilá2) pro skupinu řidičského oprávnění ..................................................

c) je zdravotně způsobilá s podmínkou2), 3) pro skupinu řidičského oprávnění

…………………..……....................................................................................................................

Datum ukončení platnosti posudku4) ……................................................

…............................... …………...........................................................................

datum vydání posudku jméno, popřípadě jména, příjmení, podpis lékaře

 otisk razítka poskytovatele zdravotních služeb

**Poučení:**

Proti tomuto posudku je možno do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli zdravotních služeb, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou5).

..................................................