**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,1) jeho číslo .....……………………………………………...

Skupina nebo podskupina řidičského oprávnění, ke které je prohlášení vydáváno ..............................................

**Prohlašuji, že**

a) se cítím zdráv a že si nejsem vědom, že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou nebezpečné pro řízení motorového vozidla2)

b) se necítím zdráv, mám následující zdravotní obtíže:2)

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

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

c) se cítím zdráv, ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc:3)

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

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

d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky:2)

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

e) užívám - užíval2) jsem pravidelně - nepravidelně2) tyto návykové látky:

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

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

f) období bez projevů nemoci, vady nebo stavu trvá:3)

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

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 opakovaně nebo dlouhodobě léčil

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

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

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

**Žádám o provedení prohlídky:**

a) vstupní (nové vystavení ŘP pro danou skupinu) 2)

b) mimořádná (byl mi odebrán ŘP) 2)

c) periodická (věkový limit, k výkonu povolání apod.) 2)

**Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě.**

V Praze, dne ........ ………………………………………….. .

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

podpis posuzované osoby

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

2) Nehodící se škrtněte.

3) Vyplní se v případě, kdy je tato skutečnost rozhodná pro posouzení zdravotní způsobilosti podle vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, ve znění pozdějších předpisů. Uvede se počet měsíců, popřípadě roků, kdy se nemoc nebo stav neprojeví.