**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:…………………………………...

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

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:

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

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

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

V ......... ……………………..dne…………………… ……….………………..........................

 podpis posuzované osoby

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

2) Nehodící se škrtněte.