§ 100

Žádost o vrácení řidičského oprávnění

pominuly důvody podle § 94 odst. 1 písm.a), tj. jestliže držitel řidičského oprávnění pozbyl zcela zdravotní způsobilost

Jméno :	Příjmení :	Adresa trvalého pobytu žadatele : PSČ :
Datum narození :		Rodné číslo :
Místo narození :		/

Datum vykonatelnosti rozhodnutí o odnětí řidičského oprávnění pro ztrátu zdravotní způsobilosti:

Řidičské oprávnění příslušné skupiny nebo podskupiny o jejíž vrácení je žádáno :

V ..... Dne ..... Podpis : .....

Záznam registračního místa
OP - pas č. Podpis

K žádosti doložíte :

- Platný doklad totožnosti žadatele
- Posudek o zdravotní způsobilosti, ne starší než 30 dnů
- Doklad o odborné způsobilosti žadatele, ne starší než 30 dnů (dokládá se, pokud uplynuly více než 3 roky od právní moci rozhodnutí o odnění řidičského oprávnění