

ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

у

Дана 20

ЗАХТЕВ

ЗА ИЗДАВАЊЕ ЛЕКАРСКОГ УВЕРЕЊА О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ЗА УПРАВЉАЊЕ МОТОРНИМ ВОЗИЛОМ

(сагласно Правилнику о здравственим условима које морају испуњавати возачи моторних возила „Служб. гласник СР Србије” бр. 83/11.)

Подносилац захтева
(презиме, очево име и име)

Дан, месец и година рођења

Занимање

Пребивалиште

Адреса

Број личне карте од кога је издата

Матични број грађана

Желим да полажем испит за категорију возила

Изјављујем да ћу на питања здравствених радника дати тачне податке о досадашњем здравственом стању моје породице и мене, као и о мом садашњем здравственом стању и навикама. За изјављене податке сносим пуну одговорност.

.....
(потпис подносиоца захтева)