

POWIADOMIENIE

**Nazwa i adres
albo pieczęć podmiotu powiadamiającego**

Data.....

Starosta / Wydział Komunikacji
w
ul.....

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego u

Pana/i

Nr PESEL.....

Adres zamieszkania

Posiadającego /ubiegającego się o prawo jazdy * .

stwierdzono schorzenie wymienione w:

a) pkt.2 załącznika 4 a*

b) pkt. 4 załącznika 4b*

do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz. U. Nr 2, poz. 15 ze zmianami).

W zawiązku z powyższym wnoszę o dokonanie oceny predyspozycji zdrowotnych tej osoby do kierowania pojazdami zgodnie z art. 122 ust.1. pkt. 4. Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 z późn. zm.) oraz § 2. ust.5 w/w rozporządzenia.

*niepotrzebne skreślić

Podpis i pieczęć lekarza