

V Z O R

Zdravotnícke zariadenie: .....

Adresa: .....

**DOKLAD O PSYCHOLOGICKOM VYŠETRENÍ ŽIADATEĽA  
O INŠTRUKTORSKÉ OPRÁVNENIE**

V ..... dňa .....

Evidenčné číslo: .....

Meno a priezvisko žiadateľa o inštruktorské oprávnenie skupiny: .....

Deň, mesiac a rok narodenia: .....

Miesto narodenia: ..... Okres: .....

Štátna príslušnosť: .....

Podľa výsledku psychologického  
vyšetrenia vykonaného dňa ..... je žiadateľ o inštruktorské oprávnenie

- a) spôsobilý vykonávať výcvik vodičov,\*)
- b) nespôsobilý vykonávať výcvik vodičov. \*)

Poznámka (pre autoškolu vykonávajúcu výcvik): .....

**Poučenie:**

Proti tomuto záveru možno do 15 dní od jeho doručenia podať opravný prostriedok podľa § 17 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

(Odtlačok pečiatky, meno, priezvisko  
a podpis certifikovaného dopravného psychológa)

\*) Nehodiace sa prečiarknite.