

**Ž Á D O S T**  
**O V R Á C E N Í Ř I D I Č S K É H O O P R Á V N Ě N Í**  
(dle ust. § 100 zákona č. 361/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

<b>jméno a příjmení :</b>
<b>adresa trvalého nebo přechodného pobytu na území ČR :</b>
<b>datum, místo narození a rodné číslo :</b>
<b>datum nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí ŘO pro ztrátu zdravotní způsobilosti :</b>
<b>skupina ŘO o jehož vrácení je žádáno :</b>

v Jeseníku dne .....

podpis .....

K žádosti musí být přiložen :

- 1) platný doklad totožnosti žadatele
- 2) posudek o zdravotní způsobilosti, který nesmí být ke dni podání žádosti starší než 30 dní
- 3) pokud od právní moci rozhodnutí o odnětí ŘO pro ztrátu zdravotní způsobilosti uplynuly více než tři roky, je nutno předložit doklad o odborné způsobilosti, který nesmí být starší než 30 dní