**Telefonní kontakt:**

**Žádost o vrácení řidičského oprávnění**

**Žádám o vrácení řidičského oprávnění / zaškrtněte, o kterou žádost se jedná /**

**po výkonu trestu/ správního trestu zákazu činnosti spočívající v zákazu řízení všech motorových vozidel ( dle ust. § 102 zákona č.361/2000 Sb. )**

**po 1 roce od pozbytí řidičského oprávnění z důvodu dosažení 12 bodů v bodové hodnocení řidiče ( dle ust. § 123d zákona č.361/2000 Sb. )**

**po obnovení zdravotní způsobilosti ( dle ust. § 100 zákona č.361/2000 Sb. )**

**Jméno a příjmení žadatele: ……………………………………………………………………………………………………………**

**Datum a místo narození: ……………………………………………………………………………………………………………….**

**Adresa pobytu: ………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Datum ukončení trestu nebo datum právní moci usnesení rozhodnutí: ………………………………………….**

**Skupina nebo podskupina řidičského oprávnění, o jehož vrácení je žádáno : …………………………………**

**V případě, že žádost bude podávána osobně, musí k ní být doložen platný doklad totožnosti žadatele**

**V případě, že žádost bude zasílaná poštou nebo v elektronické podobě, musí být podpis žadatele úředně ověřen ( dle ust. § 117 zákona č.361/2000 Sb. ). V tomto případě se doklad totožnosti nepřikládá.**

**Číslo OP: Podpis:**