

PRILOG I.

(zdravstvena ustanova/privatna praksa)
Broj: _____

(mjesto i datum)

UVJERENJE

o zdravstvenoj sposobnosti za upravljanje vozilima

Prezime i ime, ime oca/majke _____
Datum rođenja _____
Mjesto stanovanja _____
Broj osobne iskaznice _____
Zanimanje _____
Uvjerenje se izdaje u svrhu _____

Na temelju članka 230. i 231. Zakona o sigurnosti prometa na cestama («Narodne novine», broj 67/08) i Pravilnika o zdravstvenoj sposobnosti vozača i kandidata za vozače povodom izvršenog zdravstvenog pregleda **potvrđuje se da je zdravstveno** _____

u smislu članka _____ Pravilnika o zdravstvenoj sposobnosti vozača i kandidata za vozače.

Osoba koja nije zadovoljna ocjenom zdravstvene sposobnosti, može u roku od 15 dana od dana primitka ovog Uvjerenja podnijeti zahtjev za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti Drugostupanjskom zdravstvenom povjerenstvu za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti.

(faksimil i potpis dr.med,spec.med.rada/
izabrani liječnik obiteljske/opće medicine)

PRILOG II.

(zdravstvena ustanova/privatna praksa)

Na temelju članka 233. stavka 1., 2. i 3. Zakona o sigurnosti prometa na cestama («Narodne novine», broj 67/08) izdaje se

IZVJEŠĆE O PROMJENI ZDRAVSTVENOG STANJA ILI TIJEKU LIJEČENJA VOZAČA I KANDIDATA ZA VOZAČA

Ime, prezime: _____ Ime oca/majke: _____

Datum rođenja (dan/mjesec/godina): /___/___/_____/

Prebivalište i adresa stanovanja: _____

Izvištavam Vas da je kod imenovanog/e nastupila promjena zdravstvenog stanja/u tijeku je liječenje, koje prema Pravilniku o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače predstavlja zdravstvenu zapreku za sigurno upravljanje vozilom.

U _____, _____ g _____

Potpis i faksimil liječnika

PRILOG III.

**DRUGOSTUPANJSKO ZDRAVSTVENO POVJERENSTVO
ZA UTVRĐIVANJE ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI
VOZAČA I KANDIDATA ZA VOZAČE**

Datum _____

Broj uvjerenja _____

UVJERENJE

O DUŠEVNOJ I TJELESNOJ SPOSOBNOSTI ZA UPRAVLJANJE VOZILIMA

Prezime, ime oca i ime _____

Datum, godina i mjesto rođenja _____

Mjesto stanovanja (adresa) _____

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zanimanje (posao koji obavlja) _____

U koju svrhu traži uvjerenje u skladu sa člankom 234. stavkom 1. Zakona o sigurnosti prometa na cestama

Drugostupanjsko zdravstveno povjerenstvo je na osnovi nalaza i mišljenja, a na temelju članka 234. Zakona o sigurnosti prometa na cestama (»Narodne novine«, broj 67/08) i članka 16. Pravilnika o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače utvrdila da je naprijed imenovani/a

- sposoban (navesti kategoriju), _____
- sposoban uz uporabu određenih pomagala (navesti kategoriju i vrstu pomagala), _____
- sposoban uz vremensko ograničenje (navesti kategoriju i rok ponovnog zdravstvenog pregleda) _____
- sposoban uz uporabu određenih pomagala (navesti kategoriju i vrstu pomagala) i uz vremensko ograničenje (navesti kategoriju i rok ponovnog zdravstvenog pregleda) _____
- privremeno nesposoban (navesti kategoriju i trajanje privremene nesposobnosti) _____
- trajno nesposoban (navesti kategoriju), _____

u smislu _____ Pravilnika o zdravstvenim

(navesti članak i stavak)

pregledima vozača i kandidata za vozače

Predsjednik Drugostupanjskog
zdravstvenog povjerenstva

M.P.

Dostavljeno:

1. _____

(ime i prezime osobe)

2. _____

(PU ili PP u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište)

3. Pismohrana

4. Arhiva