MAGISTRÁT MĚSTA DĚČÍN
Odbor dopravy
(budova B1 – ul. 28.října 1155/2, Děčín I)
Mírové náměstí 1175/5, 405 38 Děčín IV

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Doplnění žádosti o povolení zvláštního užívání komunikace – vyhrazené parkování osob se zdravotním postižením (držitel průkazu ZTP).

Žadatel:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Žadatel je osobou s tělesným postižením s omezením hybnosti a je při pohybu **trvale odkázán** na:

Invalidní vozík: ano ☐ / ne ☐

Francouzské hole: ano ☐ / ne ☐

Rehabilitační kočárek: ano ☐ / ne ☐

Použití motorového vozidla i na krátkou vzdálenost je ☐ / není ☐ pro žadatele bezpodmínečně nutné, a to s ohledem na skutečnost, zda zdravotní postižení omezuje žadatele v možnosti využívat běžná parkovací místa.

Pokud je žadatel řidičem ve věku nad 70 let, je zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla v souladu se zákonem č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu)? ☐ ano ☐ ne

☐ Žadatel nesplňuje žádný z bodů.

Poznámka ošetřujícího lékaře – např. důvod, proč by žadatel měl mít vyhrazené parkování v blízkosti trvalého bydliště, přestože nesplňuje žádné výše uvedené kritérium, případně, přestože není sám řidičem.

_____

_____

Potvrzuji, že údaje o posuzované osobě jsou správné a odpovídají zdravotnímu stavu žadatele.

V_____ dne_____

_____

Razítko a podpis lékaře

Toto potvrzení se vydává na vlastní žádost a náklady žadatele.