



ОБРАЗАЦ ЗА ПРИЈАВУ

ПОДАЦИ О ТЕСТИРАЊУ/ОСПОСОБЉАВАЊУ			
Назив			
Датум реализације		Врста оспособљавања	Т <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/>

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О ПОЛАЗНИКУ ОБУКЕ			
Име/име оца/презиме			
Датум рођења:		Адреса становања:	
Место рођења/Држава		Град/Држава	
ЈМБГ:		Поштански број	
Мобилни телефон:		Телефон:	
e-mail:		fax :	

ВОЗАЧКА ДОЗВОЛА					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„А“ категорија	„Б“ категорија	„Ц“ категорија	„Д“ категорија	„Е“ категорије	Нема дозволу

ВОЗАЧКО ИСКУСТВО				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
без дозволе	< 3 године	3 – 5 године	5 – 10 година	> 10 година

СПОСОБНОСТ ЗА РАД				
Радно способан	ДА	Неспособан за рад	ДА <input type="checkbox"/>	
Степен инвалидности	_____ %	Телесно оштећење	<input type="checkbox"/> руке	<input type="checkbox"/> ноге
Разлог доласка на проверу способности:				
Када је рађен последњи лекарски преглед за возачку дозволу		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 1 године	1 - 3 године	> 3 године
Додатне информације у вези инвалидности у претходном периоду:				

Место и датум пријаве	Потпис

Тачност претходно унетих података гарантујем потписом