

Umsókn um ökuskírteini

Endurnýjun, endurveiting, skipti á erlendu ökuskírteini

Umsókn skal senda sýslumanni sem kannar hvort skilyrði til útgáfu ökuskírteinis eru fyrir hendi. Hann tekur ákvörðun um hvort þörf er á próftöku eða hvort þörf er á frekari upplýsingum s.s. um heilbrigði.

Nafn Sigurður Bjarmi Halldórsson			Kennitala 2209012460
Heimili Hverafold 6			Fæðingarland Ísland
Póstnr. 112	Staður Reykjavík	Sími 6989274	Netfang bjarmi2001@gmail.com

Ég sæk um: ☒ endurnýjun ☐ endurveitingu ☐ skipti á erlendu ökuskírteini

Ég lýsi því hér með yfir að ég hef ekki undir höndum ökuskírteini, annað en það sem umsókn varðar, gefið út af ríki sem er aðili að Evrópska efnahagssvæðinu né hef ég sætt takmörkunum á ökurétti eða verið svipt(ur) ökuréttindum í þeim ríkjum. Ég hef fasta búsetu hér á landi eins og hún er skilgreind í VIII. viðauka reglugerðar um ökuskírteini eða tel mig fullnægja skilyrðum um búsetu hér á landi til að fá gefið út ökuskírteini.

Staður og dagsetning	Undirskrift umsækjanda
----------------------	------------------------

Útfyllist af sýslumanni

<input type="checkbox"/> Endurnýjun - endurveiting	Vegna			
<input type="checkbox"/> Skipti úr erlendu ökuskírteini í íslenskt ökuskírteini	Útgáfuland	Númer ökuskírteinis	Upphaf gildistíma B	Lok gildistíma B
	Flokkar	Táknölur	Föst búseta	Staðfesting útgefanda

Umsókn fylgir:	<input type="checkbox"/> Læknis-vottorð	<input type="checkbox"/> Akstursmat	<input type="checkbox"/> Vottorð sérstakt námskeið	<input type="checkbox"/> Mynd	<input type="checkbox"/> Yfirlýsing um búsetu	<input type="checkbox"/> Vottorð - ökukennara
<input type="checkbox"/> Próf í aksturshæfni í flokki:				<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C		
<input type="checkbox"/> Skriflegt próf í B-flokki og verklegt próf í flokki/flokkum:				<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Bff <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D		
Athugasemdir						

Athugasemdir	<input type="checkbox"/> Umsókn samþykkt án prófs. <input type="checkbox"/> Umsækjanda er veitt heimild til próftöku.	<input type="checkbox"/> Innfært í ökuskírteinaskrá Dags. Undirskrift Sýslumaður
	Dags.	

Heilbrigðisyfirlýsing – vottun prófdómara

Útfyllist af umsækjanda þegar sótt er um ökuskipteini.

Ef sótt er um réttindi í flokkum AM, A1, A2, A, B, BE eða T nægir heilbrigðisyfirlýsing ein sér, nema sýslumaður telji þörf á læknisvottorði eða ef umsækjandi hefur náð 65 ára aldri eða hann vilji heldur skila læknisvottorði. Með umsókn um aðra flokka ökuréttinda (aukin ökuréttindi) er krafist læknisvottorðs á sérstöku eyðublaði.

Umsækjandi getur óskað eftir að skila inn læknisvottorði í stað heilbrigðisyfirlýsingar

☐ Læknisvottorði skilað

Yfirlýsing um líkamlegt og andlegt heilbrigði

	Já	Nei
1. Notar þú gleraugu eða snertilinsur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hefur þú skerta sjón á öðru auga eða báðum?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Hefur þú skert sjónsvið til annarrar hliðar eða beggja?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Hefur þú verið flogaveik(ur) eða orðið fyrir alvarlegri truflun á meðvitund og stjórn hreyfinga?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Hefur þú nú eða hefur þú haft alvarlegan hjartasjúkdóm?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Hefur þú nú eða hefur þú haft alvarlegan geðsjúkdóm?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Notar þú að staðaldri læknislyf eða lyfjablöndur sem geta haft áhrif á meðvitund?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Ert þú háð(ur) áfengi, ávana- og/eða fíkniefnum eða misnotar þú geðræn lyf sem verkað gætu á meðvitund?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Notar þú insúlín og/eða töflur við sykursýki?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Hefur þú nú eða hefur þú haft galla eða hömlur í hreyfikerfi líkamans?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Átt þú við einhvern annan sjúkdóm að stríða sem þú telur að geti haft áhrif á öryggi þitt í akstri í framtíðinni?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ef þú hefur svarað einhverri af 1. - 3. spurningu játandi þarf að skila inn sjónvottorði frá lækni. Ef þú hefur svarað einhverri hinna játandi þarf að gera nánari grein fyrir svarinu hér að neðan, svo sem um upphaf sjúkleika, hvaða lækni eða sjúkrahússtofnun kom við sögu og annað sem varðar málið. Sýslumaður mun síðan ákveða hvort skila þurfi læknisvottorði.

Athugasemdir

Ég lýsi því hér með yfir að ofangreindar upplýsingar um heilsufar mitt eru samkvæmt minni bestu vitund og sannleikanum samkvæmt. Ég skuldbind mig til að tilkynna til sýslumanni ef breytingar verða á heilsufari mínu sem kunna að breyta ofangreindri yfirlýsingu. Einnig geri ég mér grein fyrir því að ofangreindar upplýsingar kunna að verða prófaðar af sýslumanni áður en ég fæ ökuskipteini afhent.

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Umsækjandi hefur staðist:

- próf í aksturshæfni í flokki:	Flokkur	Dags.	Prófdómari
- skriflegt próf í B-flokki:		Dags.	Prófdómari
- verklegt próf í flokki/flokkum:	Flokkur	Dags.	Prófdómari
<input type="checkbox"/> beinskipting <input type="checkbox"/> ekki beinskipting	Flokkur	Dags.	Prófdómari
	Flokkur	Dags.	Prófdómari
	Flokkur	Dags.	Prófdómari