

Magistrát města Karlovy Vary
odbor zdravotnictví a sociálních věcí
Moskevská 21
361 20 Karlovy Vary

Žádost o vydání registrace k provozování autoškoly

(1) Identifikační údaje žadatele

fyzická osoba – jméno a příjmení právní osoba – obchodní firma / název	
právní forma	
datum narození / IČ	
trvalý pobyt / sídlo	
telefon, e-mail, www stránky	

(2) Statutární orgán / zástupce

1. jméno a příjmení	
datum narození	
trvalý pobyt	
telefon, e-mail	
způsob jednání za práv. osobu	
2. jméno a příjmení	
datum narození	
trvalý pobyt	
telefon, e-mail	
způsob jednání za práv. osobu	

(3). Rozsah poskytované výuky a výcviku:

(4). Jméno a příjmení, trvalý pobyt a datum narození fyzických osob, které budou zajišťovat výuku a výcvik:

(5). Jméno a příjmení, trvalý pobyt a datum narození fyzických osob, které budou zajišťovat zdravotnickou přípravu:

(6). Způsob zajištění výcvikových vozidel:

(7). Popis a umístění autocvičiště nebo jiné cvičné plochy s vyloučením provozu jiných vozidel nebo řídičského trenažéru:

(8). Adresa a označení výukových a učebních prostor:

dne

jméno, příjmení a podpis oprávněné osoby

Žádost o vydání registrace k provozování autoškoly musí být doložena v ověřených kopiích nebo originálech k nahlédnutí:

1. dokladem osvědčujícím právní vztah žadatele k autocvičišti, nebo k cvičné ploše, nebo k řídičskému trenažéru k výukovým a učebním prostorám a k výcvikovým vozidlům
2. platnými profesními osvědčeními osob, které budou provádět výuku a výcvik k získání řídičského oprávnění
3. živnostenským listem nebo v případě, kdy žadatelem je organizační složka státu, zřizovací listinou.

*nehodící se škrtněte