

Umsókn um ökuskírteini

Endurnýjun, endurveiting, skipti á erlendu ökuskírteini

Espécimen

Nafn Nombre y apellido		Kennitala DNI islandés	
Heimili Dirección		Fæðingarland País de nacimiento	
Póstnr. Código postal	Staður Ciudad	Sími Teléfono	Netfang Correo electrónico

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 Lugar y fecha	Undirskrift umsækjanda Firma
---------------------------------------	---------------------------------

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
	Dags.	Sýslumaður

Heilbrigðisyfirlýsing **Declaración de salud**

Útfyllist af umsækjanda þegar sótt er um ökuskirteini.

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

	Sí Já	No Nei
1. Notar þú gleraugu eða snertilinsur? Usas gafas o lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hefur þú skerta sjón á öðru auga eða báðum? Tienes vista reducida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hefur þú skert sjónsvið til annarrar hliðar eða beggja? Tienes campo visual reducido (180°)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hefur þú verið flogaveik(ur) eða orðið fyrir alvarlegri truflun á meðvitund og stjórn hreyfinga? Eres epiléptico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hefur þú nú eða hefur þú haft alvarlegan hjartasjúkdóm? Tienes enfermedades de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hefur þú nú eða hefur þú haft alvarlegan geðsjúkdóm? Tienes enfermedades mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Notar þú að staðaldri læknislyf eða lyfjablöndur sem geta haft áhrif á meðvitund? Usas medicina que afectan la consciencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ert þú háð(ur) áfengi, ávana- og/eða fíkniefnum eða misnotar þú geðræn lyf sem verkað gætu á meðvitund? Eres adicto de alcohol, drogas o medicinas para enfermedades mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Notar þú insúlín og/eða töflur við sykursýki? Eres diabetico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hefur þú nú eða hefur þú haft galla eða hömlur í hreyfikerfi líkamans? Algunas cortapisas en la movilidad del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input 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? Otras enfermedades que puedan afectar tu conducción en el futuro?	<input type="checkbox"/>	<input 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. **Si contestas las preguntas de 1 3 con sí, tienes que entregar certificado médico o oculista**

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 ökuskirteini afhent.

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Lugar y fecha

Firma

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