Meno .................................................................

Priezvisko .................................................................

Adresa ...............................................................................................................

**Žiadosť o predĺženie platnosti pilotného preukazu.**

Na základe smernice LZ-1 článok 8.5. bod 3. Vás žiadam o predĺženie pilotného preukazu

číslo ............................ ktorého platnosť je vyznačená do ...........................................

Dôvody, prečo nie je možné vykonať posúdenie môjho zdravotného stavu u určeného lekára: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum......................... Podpis...............................