

## ANKIETA KIEROWCY

Imię i nazwisko:.....wiek:..... Nr telefonu.....

Wykształcenie: podstawowe; gimnazjalne; zawodowe; średnie; licencjat; wyższe

Stan cywilny: wolny/kawaler; żonaty; rozwiedziony; wdowiec, zamężna, panna

Miejsce pracy (nazwa i adres firmy):.....

Czy posiadasz dzieci? (jeśli TAK to wpisz ich wiek).....

Wpisz rok uzyskania prawa jazdy kategorii: A..... B..... C..... D.....

E.....T.....

Staż pracy w zawodzie kierowcy (*tylko zawodowe kierowanie pojazdami*):.....

Staż w kierowaniu pojazdami (*łącznie zawodowo i amatorsko*):.....

Czy w najbliższej przyszłości zamierzasz podwyższać kat. prawa jazdy? **TAK - NIE**  
(na jaką?.....)

Ile godzin dziennie jeździsz samochodem? *Do 1 godz.; 1-2 godz.; 3-4 godz.; 5-6godz.;*  
*powyżej 7 godz.*

Trasy: *krajowe - zagraniczne; krótkie - długie; daytime - nocne; bez zmiennika - ze zmiennikiem*

Czy byłeś sprawcą wypadku drogowego? **TAK - NIE**

(w którym roku? .....*bez ofiar, ranni, zabici*)

Czy byłeś karany za spowodowanie wypadku? **TAK - NIE**

(rodzaj kary.....)

Czy miałeś zatrzymane prawo jazdy? **TAK - NIE**

(w roku.....*na okres*.....)

Czy uczestniczyłeś w wypadkach drogowych, kolizjach lub stłuczkach spowodowanych przez innych kierowców? **TAK - NIE**

(jeżeli **TAK**, to w którym roku.....)

Czy byłeś karany sądownie? **TAK - NIE**

(jeżeli **TAK**, w którym roku?.....*rodzaj kary*.....)

Czy odbyłeś służbę wojskową? **TAK - NIE**

(jeżeli **NIE**, dlaczego?.....)

Wojskowa kategoria zdrowia:.....

Czy przyznano świadczenie rentowe? **TAK NIE**

Czy orzeczono niepełnosprawność? **TAK NIE**

Wymień choroby, uszkodzenia ciała, wypadki lub pobyty w szpitalu w ciągu ostatnich 5 lat:

- .....
- Bóle, zawroty głowy lub omdlenia **TAK - NIE**
  - Chorobę kręgosłupa lub korzonki nerwowe **TAK - NIE**
  - Choroby serca lub chorobę nadciśnieniową **TAK - NIE**
  - Choroby dróg oddechowych **TAK - NIE**
  - Cukrzycę **TAK - NIE**
  - Epilecję (padaczkę) **TAK - NIE**
  - Alergie **TAK - NIE**

Czy byłeś leczony odwykowo bądź z powodu choroby psychicznej? **TAK - NIE** (jeśli tak to kiedy i gdzie?.....)

Czy zażywałeś narkotyki lub środki działające podobnie ? **TAK - NIE**

Czy palisz papierosy? **TAK - NIE**

Ile godzin przeciętnie sypiasz na dobę? .....

Czy byłeś notowany w izbie wytrzeźwień? **TAK - NIE**

(jeżeli **TAK**, to ile razy?.....w którym roku?.....)

Czy piłeś alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? **TAK - NIE**

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin zażywałeś leki? **TAK - NIE**

(jeżeli **TAK**, jakie:.....)

Czy jako kierowca byłeś badany psychologicznie? **TAK - NIE** (jeżeli **TAK**, podaj rok ostatniego badania.....wynik badania - pozytywny/negatywny.)

Stan zdrowia: **zły - dobry**

Samopoczucie: **złe - dobre**

Znajdujesz się w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu? **TAK - NIE**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych.**

Miejscowość.....dnia.....

.....  
powyższe dane –jako zgodne z prawdą

poświadczam  
własnoręcznym podpisem