

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn dat door het ondertekenen van deze verklaring hij/zij afstand van zijn Rijvaardigheid doet van één of meer aangekruiste categorie(ën) of alle categorieën.

Indien ondergetekende weer in het bezit wil komen van één of meer categorieën waarvan hieronder afstand wordt gedaan, dan dient er met goed gevolg een theorie- en praktijkexamen worden gedaan en dient hij/zij medisch geschikt te worden bevonden.

**Persoonsgegevens ondergetekende**

Burgerservicentr. \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_ Initialen \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Geboorteplaats \_\_\_\_\_

**Houder van het rijbewijs**

Rijbewijsnummer \_\_\_\_\_

Afgiftedatum \_\_\_\_\_

Geldig tot \_\_\_\_\_

Categorie(ën) \_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart hierbij afstand te doen van de bevoegdheid tot het besturen van motorrijtuigen van de categorie(ën)

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alle categorieën | <input type="checkbox"/> AM  |
|   | <input type="checkbox"/> A   |
|   | <input type="checkbox"/> B   |
|   | <input type="checkbox"/> BE  |
|   | <input type="checkbox"/> C1  |
|   | <input type="checkbox"/> C   |
|   | <input type="checkbox"/> D1  |
|   | <input type="checkbox"/> D   |
|   | <input type="checkbox"/> C1E |
|   | <input type="checkbox"/> CE  |
|   | <input type="checkbox"/> D1E |
|   | <input type="checkbox"/> DE  |
|   | <input type="checkbox"/> T   |

**Ondertekening**

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_