|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  | Name des Antragstellers | | | | | | |  | Ort | |  |
|  | | | | | | |  | |
| Straße | | | | | | | Datum | |
|  | | | | | | |  | |
| PLZ | | | Ort | | | | Telefon | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | Anschrift der Straßenverkehrsbehörde | | | | | | |  | |
|  | Stadt Guben  FB III  Ordnungsbehördliche Leistungen/Umwelt  Gasstraße 4  03172 Guben | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  | | Antrag **auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Nr. 5 b StVO zur Befreiung von**  **der Pflicht zur Anlegung des Sicherheitsgurtes / zum Tragen des Schutzhelmes\*** | | | | | | | | |  |
| Ich beantrage die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung | | | | | | | | |
|  | | |  | | --- | |  | | zur Befreiung von der Pflicht zur Anlegung des Sicherheitsgurtes | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | --- | |  | | zum Tragen des Schutzhelmes | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | | Zur Begründung meines Antrages weise ich auf die nachstehende ärztliche Bescheinigung hin. | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | |
| Unterschrift | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  |
| Anlegen des Sicherheitsgurtes und Tragen des Schutzhelmes (§ 21a StVO) | | | | | | | | |
| **Ärztliche Bescheinigung** | | | | | | | | |
| Auf Grund des Untersuchungsergebnisses wird bescheinigt, dass | | | | | | | | |
|  | | Frau / Frl. / Herr | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | | wohnhaft in | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | | von der Pflicht zur Anlegung des Sicherheitsgurtes / zum Tragen des Schutzhelmes befreit werden muss, weil nach Abwägung aller Gründe aus ärztlicher Sicht die Gefahren, die sich beim Anlegen eines Sicherheitsgurtes / Schutz-helmes ergeben können, schwerer sind, als die Gefahren, die bei einem Verkehrsunfall ohne den Schutz des Gur-  tes / Helmes eintreten.\* | | | | | | | | |  |
| Es handelt sich um einen | | | |  | | --- | |  | | vorübergehenden Zustand, voraussichtliche Dauer bis | | | |  |
|  |
|  | | | |  | | --- | |  | | dauernden Zustand | | | | |
|  | | Ort, Datum | | | | | |  | Unterschrift und Stempel des Arztes | |  |
|  | |  | | | | | |  |  | |  |
|  | |  | | | | | |  |  | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |