



Φωτογραφία

ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(\*)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (\*\*)

Ο υπογεγράμμένος ..... ιατρός ειδικότητας Οφθαλμίατρου, συμβεβλημένος με την Διεύθυνση Μεταφορών και Επικοινωνιών /του κρατικού νοσηλευτικού ίδρυματος ή κρατικού κέντρου υγείας (\*) για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΟΥ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου/κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κρατικό κέντρο υγείας(\*) επί της οδού ..... αριθμός ...., περιοχή ..... τον-την (\*) ...., του ..... (Όνομα πατρός), με ημερομηνία γέννησης .../.../....., διεύθυνση κατοικίας ..... , ΑΜΚΑ: .....

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το αριθμ. .... Βιβλιάριο Υγείας του .....
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις .....
3. Το από ..... ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου .....ότι.....
4. Την αριθμ. ..../.....απόδειξη είσπραξης Ευρώ: #.....#  
(.....) )

5. ....

Και τον-την (\*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

(\*)

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (\*) η άδεια

οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1

(\*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για .....έτος-η (\*)  
Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης :

.....  
.....  
.....  
.....

...../...../20...

Ο Ιατρός  
(Υπογραφή-

Σφραγίδα)

(\*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει.

(\*\*) Συμπληρώνεται από τον Οφθαλμίατρο.