

Φωτογραφία



ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(\*)

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ(\*\*)

Ο υπογεγραμμένος .....ιατρός ειδικότητας Οφθαλμιάτρου, συμβεβλημένος με την Υπηρεσία Μεταφορών και Επικοινωνιών ...../ του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (\*), για την ιατρική εξέταση ενδιαφερομένου για την οδήγηση ολικώς εκμισθωμένου, κατά το ν.4093/2012 (Α' 222), Επιβατηγού Ιδιωτικής Χρήσης (Ε.Ι.Χ.) αυτοκινήτου:

### ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

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

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Τις ελάχιστες απαιτούμενες προδιαγραφές σωματικής και διανοητικής ικανότητας **ΟΜΑΔΑΣ 2**.
  2. Το αριθμ. ....Βιβλιάριο Υγείας του .....
  3. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις .....
  4. Το από ..... ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου ..... ότι .....
  5. Την αριθμ. .... / ..... απόδειξη εισπραχής Ευρώ # .....#
  6. ....
- και κατόπιν τον- την (\*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

(\*)

προκειμένου να οδηγή ολικώς εκμισθωμένο, κατά το ν.4093/2012 (Α' 222), Επιβατηγό Ιδιωτικής Χρήσης (Ε.Ι.Χ.) αυτοκίνητο για χρονικό διάστημα ..... μηνών- ετών. (\*)

Τυχόν παρατηρήσεις:

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

...../...../ 20.....  
Ο Ιατρός

(Υπογραφή- Σφραγίδα)