**ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η …...…………………...…………….…. ιατρός ειδικότητας **Οφθαλμιάτρου**, με ΑΜΚΑ ………………. και με Αριθμό Μητρώου ……..……, για την ιατρική εξέταση υποψηφίού οδηγού ή οδηγού (\*) για χορήγηση ή ανανέωση (\*) άδειας οδήγησης:

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ**

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού …………………………………., αριθμός …., περιοχή ……….…………………, τον/την (\*) ………………………………..….….., του ………....………….. (Όνομα πατρός), διεύθυνση κατοικίας …………………………….…….………………………….., ΑΜΚΑ: ....…………..

**Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:**

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις ……………………………………………………………….
3. Το από ……….… ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου …………….……………………. ότι ………………………………………………………...

**4.** Την άδεια οδήγησης με αριθμό ……………………………. (\*\*)

**5.** ………………………………………………………………………………………………...

Και τον/την κρίνω

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

ΙΚΑΝΟ-Η

(\*)

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

ΟΜΑΔΑΣ 2

ΟΜΑΔΑΣ 1

(\*)

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για…….……….........

**Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:**

………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……

**…./……/20…**

**Ο/Η Ιατρός**

**(Υπογραφή – Σφραγίδα)**

(\*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει

(\*\*) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης