



ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(*)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ(**)

Ο υπογεγραμμένοςιατρός ειδικότητας Οφθαλμιάτρου, συμβεβλημένος με την Υπηρεσία Μεταφορών και Επικοινωνιών/ του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (*), για την ιατρική εξέταση για χορήγηση ή ανανέωση ειδικής άδειας οδήγησης Επιβατηγού Δημόσιας Χρήσης (Ε.Δ.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 είσπραξης Ευρώ ##
 6.
- και κατόπιν τον- την (*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

προκειμένου να του χορηγηθεί ή ανανεωθεί η ειδική άδεια οδήγησης Ε.Δ.Χ. αυτοκινήτου
Η ισχύς της ειδικής άδειας οδήγησης θα είναι για έτος- έτη.

(*)

Τυχόν παρατηρήσεις:

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

...../...../ 20.....
Ο Ιατρός

(Υπογραφή- Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει
(**) Συμπληρώνονται από τον Οφθαλμίατρο