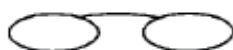


Φωτογραφία



ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(\*)

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (\*\*)**

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

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ**

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 ό,τι δεν ισχύει.

(\*\*) Συμπληρώνεται από τον Οφθαλμίατρο.