

Φωτογραφία

ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(\*)

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (\*\*\*)**

Ο υπογεγραμμένος ..... γιατρός ειδικότητας .....  
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 παραγγελία του  
ιατρού .....ειδικότητας .....(\*\*)

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. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών  
Υποπνοιών
5. Την πρόσφατη ειδική διαγνωστική έκθεση ότι είναι άτομο με μαθησιακή  
δυσκολία (\*).
6. Την αριθμ. .... / ..... απόδειξη εισπραχής Ευρώ: #.....#  
(.....).
7. ....

Και τον-την (\*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

(\*)

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ Ε.Ι.Α.Α. ΗΝΙΟΧΟΣ Κέντρο  
Αξιολόγησης Ικανότητας και Προετοιμασίας  
Οδήγησης ΑμεΑ

(\*)

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

άδεια

ΟΜΑΔΑΣ 1

η

(\*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

οδήγησης της

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

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης :

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

Ο Ιατρός  
(Υπογραφή- Σφραγίδα)

(\*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει ή δεν χρειάζεται

(\*\*) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική  
εξέταση

(\*\*\*) Συμπληρώνεται από τον ιατρό που διενεργεί την εξέταση πλην του  
οφθαλμιάτρου