



ΙΚΑΝΟΣ-Η ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η (*)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ()**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η γιατρός ειδικότητας
συμβεβλημένος με τη Διεύθυνση Μεταφορών και Επικοινωνιών/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/της 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 άδεια οδήγησης με αριθμό (****)
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 (*) η άδεια οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1 (*) ΟΜΑΔΑΣ 2

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι γιαέτος/η (*)

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:
.....
.....

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

Ο/Η 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/την ιατρό που διενεργεί την εξέταση πλην του/της οφθαλμιάτρου

(****) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης