ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΟΧΡΕΟΥ ΓΙΑ Αριθ. Πρωτ.: ……………

ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ Ημερομηνία: ……………

(Σφραγίδα φορέα ή προσώπου)

**ΕΝΙΑΙΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

**ΠΡΟΣ:** ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ….…………………

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ………………………………………………...……………… ιατρός ειδικότητας

…………………………..…….………, με ΑΜΚΑ ……………………......…….……. και με Αριθμό Μητρώου

…………………..…, για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή

ανανέωση άδειας οδήγησης, ή ο/η αξιολογητής/γήτρια ικανότητας οδήγησης του

Κέντρου Αξιολόγησης σας ενημερώνω ότι ο/η κρίθηκε:

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο |  |
| Όνομα |  |
| Όνομα Πατέρα |  |
| Όνομα Μητέρας |  |
| Ημερομηνία Εξέτασης |  |
| ΑΜΚΑ |  |
| Αριθμός Άδειας Οδήγησης (\*\*) |  |
| **ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (\*)** | **Για Παραπομπή σε (\*) …………………………** |
|  | **………………… (ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο |  |
| Όνομα |  |
| Όνομα Πατέρα |  |
| Όνομα Μητέρας |  |
| Ημερομηνία Εξέτασης |  |
| ΑΜΚΑ |  |
| Αριθμός Άδειας Οδήγησης (\*\*) |  |
| **ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (\*)** | **Για Παραπομπή σε (\*) …………………………** |
|  | **………………… (ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο |  |
| Όνομα |  |
| Όνομα Πατέρα |  |
| Όνομα Μητέρας |  |
| Ημερομηνία Εξέτασης |  |
| ΑΜΚΑ |  |
| Αριθμός Άδειας Οδήγησης (\*\*) |  |
| **ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (\*)** | **Για Παραπομπή σε (\*) …………………………** |
|  | **………………… (ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)** |

**Υπογραφή αρμοδίου
και Σφραγίδα**

(\*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει/απαιτείται

(\*\*) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης