**ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

****

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ………………………….…………… ιατρός ειδικότητας **Οφθαλμιάτρου** με ΑΜΚΑ ………………….. και με Αριθμό Μητρώου ……………., για την ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού ή οδηγού (\*) για χορήγηση ή ανανέωση (\*) άδειας οδήγησης:

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ**

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού ……….…………………………, αριθμός …., περιοχή ……….…………….…..., τον/την (\*) …….…………………………………., του .…………….…..…. (Όνομα πατρός), διεύθυνση κατοικίας ……………………………………………………….…., ΑΜΚΑ: .………………..……

**Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:**

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου

2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις …………………….………………………………….………………………….

3. Το από ……………….… ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου …………….…………………….ότι…………………………………………………………………………………………...

4. Την άδεια οδήγησης με αριθμό ………………………..……………. (\*\*)

5**.** ………………………………………………………………………………………………...

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

Και τον/την κρίνω (\*)

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

(\*)

ΟΜΑΔΑΣ 1

ΟΜΑΔΑΣ 2

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για………................

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

………………………………………………………………………………………………….…..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**….…/……/20……**

**Ο/Η Ιατρός**

**(Υπογραφή – Σφραγίδα)**

(\*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει/απαιτείται

(\*\*) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης