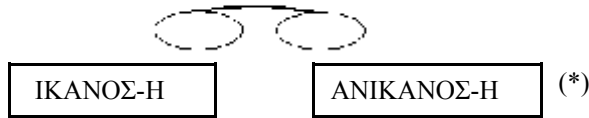


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ()**

Ο υπογεγραμμένος γιατρός ειδικότητας Οφθαλμιάτρου, συμβεβλημένος με την Υπηρεσία Μεταφορών και Επικοινωνιών..... για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

Ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού..... αριθμός..... περιοχή..... οφθαλμολογικώς τον-την (*)..... του..... (Όνομα πατρός-συζύγου)(Δ/ση κατοικίας..... ΑΔΤ/ Αρχή.....

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το αριθμ..... Βιβλιάριο Υγείας του.....
2. Τις προβλεπόμενες αξετάσεις (*).
3. Το από..... Ιατρ.πιστοποιητικό ή Ιατρ.Γνωμάτ. του Νοσοκομείου..... ότι.....
4. Την αριθμ..... /..... απόδειξη είσπραξης Ευρω:..... (.....

Γί αυτό τον-την (*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

ΑΝΙΚΑΝΟ-Η

ή

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΔΙΕ

(*)

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

ΟΜΑΔΑΣ 1

(*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης.:

.....
.....
.....
.....

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

Ο Γιατρός

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει

(**) Συμπληρώνεται από τον Οφθαλμίατρο

(Υπογραφή - Σφραγίδα)