

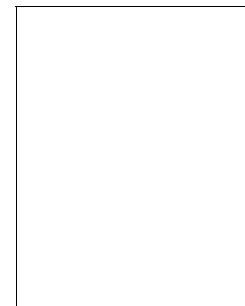
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΑΝΙΚΑΝΟΣ-Η

(\*)



### ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (\*\*\*)

Ο υπογεγραμμένος ..... γιατρός ειδικότητας.....,  
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.....παθολογικώς  
τον-την (\*). ....του.....(Όνομα πατρός-συζύγου)(\*),  
Δ/νση κατοικίας.....ΑΔΤ/.Αρχή.....  
κατά παραγγελία του γιατρου.....ειδικότητας.....(\*\*)

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#:.....  
(.....)

Για αυτό τον-την (\*) κρίνω

IKANO-H

(\*)

ANIKANO-H

ή

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ  
ΔΙΕ

(\*)

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ  
Κ.ΗΝΙΟΧΟΣ/ΕΙΑΑ

(\*)

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

ΟΜΑΔΑΣ 1

(\*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης.:

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

...../...../.200

(\*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει

Ο Γιατρός

(\*\*) Συμπληρώνεται από τον Ορθοπεδικό ή ΩΡΑ ή Νευρολόγο-Ψυχίατρο

(\*\*) Συμπληρώνεται από τον Παθολόγο.

(Υπογραφή - Σφραγίδα)