



ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(\*)

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ(\*\*\*)**

Ο υπογεγραμμένος ..... ιατρός ειδικότητας....., συμβεβλημένος με την Υπηρεσία Μεταφορών και Επικοινωνιών ...../ του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (\*), για την ιατρική εξέταση ενδιαφερομένου για την οδήγηση ολικώς εκμισθωμένου, κατά το ν.4093/2012 (Α' 222), Επιβατηγού Ιδιωτικής Χρήσης (Ε.Ι.Χ.) αυτοκινήτου:

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ**

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου/ κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κρατικό κέντρο υγείας (\*) επί της οδού ..... αριθμός ....., περιοχή ....., τον- την (\*) .....(Επώνυμο) ..... (Όνομα), του ..... (Όνομα πατρός), με ημ/νια γέννησης ...../...../....., κάτοικος .....(δ/νση κατοικίας), με ΑΜΚΑ: ....., κατά παραγγελία του ιατρού ..... ειδικότητας .....(\*\*)

- Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:
- 1. Τις ελάχιστες απαιτούμενες προδιαγραφές σωματικής και διανοητικής ικανότητας **ΟΜΑΔΑΣ 2**.
  - 2. Το αριθμ. ....Βιβλιάριο Υγείας του .....
  - 3. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις .....
  - 4. Το από ..... ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου ..... ότι .....
  - 5. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών Υποπνοιών
  - 6. Την αριθμ. .... / ..... απόδειξη είσπραξης Ευρώ # .....#
  - 7. ....
- και κατόπιν τον- την (\*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

(\*)

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ Ε.Ι.Α.Α. ΗΝΙΟΧΟΣ Κέντρο Αξιολόγησης Ικανότητας και Προετοιμασίας Οδήγησης ΑμΕΑ

(\*)

προκειμένου να οδηγή ολικώς εκμισθωμένο, κατά το ν.4093/2012 (Α' 222), Επιβατηγό Ιδιωτικής Χρήσης (Ε.Ι.Χ.) αυτοκίνητο για χρονικό διάστημα ..... μηνών- ετών. (\*)

Τυχόν παρατηρήσεις:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

...../...../ 20.....  
Ο Ιατρός

(Υπογραφή- Σφραγίδα)

(\*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει  
(\*\*) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική εξέταση  
(\*\*\*) Συμπληρώνεται από τον ιατρό που διενεργεί την εξέταση