**ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΟΧΡΕΟΥ ΓΙΑ Αριθ. Πρωτ.:..............................**

**ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ Ημερομηνία :..............................**

**(Σφραγίδα φορέα ή προσώπου)**

**ΕΝΙΑΙΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

ΠΡΟΣ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ……………………………………………………

Ο/H υπογεγραμμένος ............................................................................................................ 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 Γέννησης |  |
| ΑΜΚΑ |  |
| Αριθμός Άδειας οδήγησης (\*\*) |  |
| **ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (\*)** | Για Παραπομπή σε (\*)................................................................................... (ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών) |

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

 Υπογραφή αρμοδίου και Σφραγίδα

(\*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει ή δεν χρειάζεται

(\*\*) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης