

**ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΟΧΡΕΟΥ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ
(Σφραγίδα φορέα ή προσώπου)**

Αριθ. Πρωτ. :
Ημερομηνία :

ΕΝΙΑΙΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΠΡΟΣ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ.....

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας
....., συμβεβλημένος με τη Διεύθυνση σας/του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (*) για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης, ή ο αξιολογητής ικανότητας οδήγησης του Τμήματος Αξιολόγησης Οδήγησης ΗΝΙΟΧΟΣ (ή του ανάλογου κρατικού ιδρύματος) (*), σας ενημερώνω ότι ο/η κρίθηκε:

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	
ΑΜΚΑ	
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (*)	Για Παραπομπή σε (*).....(ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	
ΑΜΚΑ	
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (*)	Για Παραπομπή σε (*).....(ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	
ΑΜΚΑ	
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (*)	Για Παραπομπή σε (*).....(ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)

Υπογραφή αρμοδίου
και Σφραγίδα

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