

FIȘĂ MEDICALĂ

pentru solicitanții permisului de conducere auto și pentru conducătorii de autovehicule care
solicită reînnoirea permisului de conducere auto
Anul.....luna.....ziua.....

A. Numele..... prenumele.....
Sexul:.....data nașterii: anul....., luna....., ziua.....
locul nașterii: localitatea:..... județul:..... fiul/fiica lui:.....
și al/a..... domiciliat în localitatea:..... str.
nr. județul/sectorul act de identitate C.I./B.I. seria: nr.:
eliberată/eliberat de..... la data de

B. Rezultatele examinărilor medicale:

Specialitatea	Nr. fișă/ reg. consultații	Data examinării	Afecțiuni depistate	Concluzii Apt/Inapt conducere auto	Semnătura și parafa medicului examinator	Observații
Medicină internă						
Ortopedie și traumatologie						
Neurologie						
Psihiatrie						
Oftalmologie						
Otorinolaringologie						

C. Mențiuni

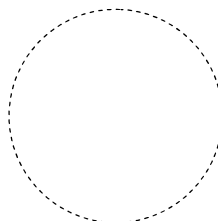
- Subsemnatul.....declar că în situația în care voi fi diagnosticat cu o afecțiune incompatibilă cu calitatea de conducător de autovehicule, tractoare agricole sau forestiere ori tramvaie voi informa în scris C.M.D.T.A. „Dr.Nicolae Kretzulescu” București asupra situației respective.
- Am luat la cunoștință că valabilitatea rezultatelor examinărilor medicale prevăzute la lit.B este de 6 luni de la data emiterii fișei medicale de către C.M.D.T.A. „Dr.Nicolae Kretzulescu” București.

.....
Semnătura solicitantului

D. CONCLUZIILE DIRECTORULUI:

APT/INAPT de a conduce autovehicule
categoria **A, A1, A2, AM, B, B1, BE**

L.S.



.....
Semnătura și parafa

E.DECLARAȚIA SOLICITANTULUI: Subsemnatul mă oblig să comunic medicilor care mă vor examina, în vederea întocmirii prezentei fișe, toate bolile de care am cunoștință că am suferit în trecut sau sufăr în prezent.

.....
Semnătura solicitantului

ANTECEDENTE PERSONALE PATOLOGICE (se vor atesta de medicul de familie):

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

.....
Semnătura și parafa medicului