

**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