

Județul .....

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

### FIȘA MEDICALĂ

pentru solicitantii 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 .

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

1. Solicitantul declară în scris că în situația în care va fi diagnosticat cu o afecțiune incompatibilă cu calitatea de conducător de autovehicule, tractoare agricole sau forestiere ori tramvaie va informa unitatea de asistență medicală ambulatorie care a emis fișa medicală asupra situației respective.

2. Valabilitatea rezultatelor examinărilor medicale prevăzute la lit. B este de 6 luni de la data emiterii fișei medicale de către unitatea de asistență medicală ambulatorie autorizată.

**DECLARAȚIE:**

Subsemnatul/a....., declar pe proprie răspundere ca am fost examinat/a medical și nu sufăr de epilepsie, boli psihice sau alte boli cronice ce contraindica obtinerea fișei medicale pentru conducere auto și că, în situația în care voi fi diagnosticat/a cu o afecțiune incompatibilă cu calitatea de conducător de autovehicule, tractoare agricole sau forestiere ori tramvaie, voi informa unitatea de asistență medicală ambulatorie care a emis fișa medicală despre situația respectivă.

Semnatura persoanei examinate,