

Județul .....  
 Localitatea .....  
 Unitatea sanitară .....

**FIȘA 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 ..... 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**

- 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.
- 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.