

JUDEȚUL.....

LOCALITATEA

NR.....

UNITATEA SANITARĂ

FIȘA MEDICALĂ GRUPA I ☐ II ☐**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
C.I./B.I. seria nr., eliberată/eliberat de
, la data de, **CNP**

B. Rezultatele examinărilor medicale:

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

*La rubrica concluzii se va menționa grupa pentru care este apt sau inapt.

**Controlul pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar pentru solicitanții de premise pentru grupa