

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΙΘΕΤΟ:.....
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ:
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΟΔΟΣ: No:
ΤΑΧ. ΚΩΔ.: _ _ _ _ _ -
Τηλέφωνο: (2.....) -
.....
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:
ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:
Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.:

Προς:

Δ/νση Πρωτογενούς Τομέα Κυκλάδων

Μέσω Τμήματος Πρωτογενούς Τομέα Π.Ε. Μήλου

Παρακαλώ να με δεχτείτε στις
εξετάσεις, για Άδεια Οδηγού Γεωργικού
Ελκυστήρα, Τύπου Α' ή Β' ή Πτυχίο
Χειριστού

Ο / Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)

...../...../.....

(Τόπος – Ημερομηνία)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό από παθολόγο και από οφθαλμίατρο (ιδιώτες ιατρούς που λειτουργούν στην Ελλάδα νόμιμα ιατρείο ως φυσικά πρόσωπα, ιατρούς που συμμετέχουν ή είναι μέλη ιατρικής εταιρείας στην Ελλάδα οποιασδήποτε νομικής μορφής).

2. Δύο (2) πρόσφατες μικρές έγχρωμες φωτογραφίες ταυτότητας.

3. 15 € ηλεκτρονικό παράβολο http://www.gsis.gr/gsis_site/ - (e-παράβολο) - για μη Πιστοποιημένους Χρήστες – χορήγηση παράβολου –(Φορέας Δημοσίου: Αγροτικής Ανάπτυξης / Μηχανήματα – Εξηλεκτρισμός, **Κατηγορία Παράβολου:** Άδεια Οδήγησης / Πτυχία Χειρισμού, **Τύπος Παράβολου:** Έκδοση Άδειας / Πτυχίου). **ΚΩΔΙΚΟΣ ΤΥΠΟΥ: 3783**

4. Φωτοαντίγραφο της Άδειας Οδήγησης
Αυτοκινήτου ή μοτοποδηλάτου (εφόσον υπάρχει, **διαφορετικά εξετάζεται και στα Τροχονομικά: www.minagric.gr** – Αγρότης Επιχειρηματίας – Αγροτικά Μηχανήματα – Τροχονομικά – (Βιβλίο Τροχονομικών, Ορθές Απαντήσεις, Φύλλο Ερωτηματολογίου Εξετάσεως Γενικών Γνώσεων).

5. Φωτοτυπία Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας

6. ή Διαβατήριο για αλλοδαπούς που διαμένουν νόμιμα στην Ελληνική Επικράτεια & Δελτίο Διαμονής για πολίτες ΕΕ- Νορβηγίας, Ισλανδίας, Λιχτενστάιν, Ελβετίας ή Άδεια Διαμονής για υπηκόους τρίτων χωρών & υπεύθυνη Δήλωση (έντυπο υπηρεσίας).

7. Αποδεικτικό 14,67 € προς Περιφέρεια Νοτίου

Αιγαίου, στην ALPHA BANK Τράπεζα αρ. Λογ.

012-702-83805510 ή στην Εθνική Τράπεζα

αρ. Λογ. 46954030063 ή στην Τράπεζα Πειραιώς αρ.

Λογ.:GR3601727100005710052440659

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός ειδικότητας με ΑΜΚΑ
και με Αριθμό Μητρώου, για την ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού ή οδηγού (*) για χορήγηση ή
ανανέωση (*) άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού, αριθμός, περιοχή
....., τον/την (*) του (Όνομα πατρός), διεύθυνση
κατοικίας, ΑΜΚΑ:, κατά παραγγελία του/της ιατρού
..... ειδικότητας (**)

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου
.....ότι.....
4. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών Υποπνοιών
5. Την άδεια οδήγησης με αριθμό (***)
6.

Και τον/την κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ
σε ιατρό ειδικότητας
.....
ή σε Κέντρο Αξιολόγησης

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1

ΟΜΑΔΑΣ 2

(*)

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για.....

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:

.....
.....

...../...../20.....

Ο/Η Ιατρός
(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει/απαιτείται

(**) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική εξέταση

(***) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός ειδικότητας **Οφθαλμιάτρου**, με ΑΜΚΑ και με Αριθμό Μητρώου, για την ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού ή οδηγού (*) για χορήγηση ή ανανέωση (*) άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού, αριθμός, περιοχή τον/την (*), του (Όνομα πατρός), διεύθυνση κατοικίας, ΑΜΚΑ:

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου ότι
4. Την άδεια οδήγησης με αριθμό (**)
5.

Και τον/την κρίνω

☐ ΙΚΑΝΟ-Η

☐ ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια οδήγησης της

☐ ΟΜΑΔΑΣ 1

☐ ΟΜΑΔΑΣ 2

(*)

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για

Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:

.....

.....

..../...../20...

Ο/Η Ιατρός

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει

(**) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης