

Județul: Bihor  
Localitatea: Oradea  
Unitatea sanitară: Spital Clinic CF Oradea  
Str Republicii nr 56  
Tel 025941158; Fax 0259477201

### 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/Fica lui ..... și al/a .....

Domiciliat în localitatea ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul .....

C.I./B.I. seria ..... nr. ...., eliberata/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
Medicina 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. Semnătura,

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