

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι εξετάστηκε ο/η .....  
του..... και κρίθηκε ότι δύναται να οδηγήσει, λαμβάνοντας  
υπόψη τις ελάχιστες προϋποθέσεις υγείας που ορίζονται από τις  
ισχύουσες διατάξεις για την επαγγελματική οδήγηση, με διόρθωση  
..... ή χωρίς διόρθωση (συμπληρώνεται ή διαγράφεται  
ανάλογα). Η παρούσα χορηγείται στον/στην ανωτέρω εξεταζόμενο/-η  
(συμπληρώνεται ανάλογα) στα πλαίσια υγειονομικού ελέγχου για το  
Πυροσβεστικό Σώμα σύμφωνα με τις διατάξεις του ΠΔ 62/2018.

....., ...../...../20.....

Ο Ιατρός