DECLARATIE

Numele.....prenumele.....,domiciliat in localitatea.....str.....,nr....., judetul/sectorul.....,C.I./B.I.....seria.....,nr....., eliberat/a de.....la data de..... …....,declar ca in situatia in care voi fi diagnosticat cu o afectiune incompatibila cu calitatea de conducator de autovehicule, tractoare agricole sau forestiere ori tramvaie , sau cu cea de posesor port – arma , voi informa unitatea de asistenta medicala ambulatorie care a emis fisa medicala, asupra situatiei respective , conform prevederilor Ordinului nr.1162/2010 , cu modificarile si completarile ulterioare.

Data ***Semnatura***

…..... **….....**