

**DRIVER’S LICENCE MEDICAL REPORT**

**SÜRÜCÜ BELGESİ SAĞLIK FORMU**

**This Section Should be Filled by the Doctor**

**BAŞVURANIN / APPLICANT’S**

Adı – Soyadı / Name – Surname :

Doğum Tarihi / Date of Birth :

Turkish ID No / Passport No :

Australian Driving License No :

**MEDICAL REPORT**

I, the undersigned Doctor , declare that

Mr/Mrs/Ms applied to me on / /202…,

and I confirm that, after examining him/her, he/she does not have any medical conditions to prevent him/her from applying / renewing his/her Driver’s licence.

**CONDITIONS**

**Specs or Contact Lenses :**

**Hearing Devices :**

**Other :**

 Blood type :

Date: / /202 Doctor's Name, Surname Signature Stamp

**SAĞLIK RAPORU ÇEVİRİSİ**

Ben, aşağıda imzası bulunan Doktor ………………………………………………………………………………………… ,

Bay/Bayan 'in …../..…/202…. tarihinde bana başvurduğunu, adıgeçenin muayenesi sonucunda, kişinin Sürücü Belgesi almaya / yenilemeye engel bir sağlık sorunu bulunmadığını belirtirim.

**KISITLILIK DURUMU**

Gözlük veya Lens :

İşitme Cihazları :

Diğer :

Kan grubu :

Tarih: … /… / 202…..

Doktorun Adı, Soyadı

İmza

Kaşe

**T.C. MELBURN BAŞKONSOLOSLUĞU**

*Yapılan muayenenin mahalli mevzuata ve çevirinin aslına uygun olduğu onaylanır.*

Tarih: …../…../202... İmza: Kaşe ve Mühür: