

Угловой штамп медицинской
организации

Заключение врача-психиатра

№ **001**

от « _____ » _____ 20__ г.

ФИО _____

Дата рождения _____
(число, месяц, год)

Адрес: _____

Заключение:

выявлено отсутствие медицинских противопоказаний к управлению транспортным
средством.

МП

Врач-психиатр _____
(расшифровка подписи)