

Наименование медицинской организации	Код формы по ОКУД
	Код учреждения по ОКПО
Адрес	Медицинская документация
	Форма № 003-В/У
Лицензия	Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от «15» июня 2015 г. № 344н

**Медицинское заключение серия** \_\_\_\_\_ **№** \_\_\_\_\_

**о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Место регистрации: \_\_\_\_\_  
 субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_  
 город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

4. Дата выдачи медицинского заключения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

5. Медицинское заключение:  
 Выявлено отсутствие (наличие) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами (нужное подчеркнуть).

**Категории и подкатегории транспортных средств, на управление которыми предоставляется право на управление транспортными средствами**

«А»	«В»	«С»	«D»	«BE»	«CE»	«DE»	«Tm»	«Tb»	«M»	«A1»	«B1»	«C1»	«D1»	«C1E»	«D1E»

**Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами**

1) Категории «А» или «М», подкатегории «А1» или «В1» с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	
2) Категории «В» или «ВЕ»; подкатегории «В1» (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	
3) Категории «С», «СЕ», «D», «DE», «Tm» или «Tb»; подкатегории «C1», «D1», «C1E» или «D1E»	

**Медицинские показания к управлению транспортными средствами**

С ручным управлением	
С автоматической трансмиссией	
Оборудованным акустической парковочной системой	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха	

6. Фамилия, имя, отчество, подпись врача, выдавшего медицинское заключение:

М.П.