

નમૂળો-૧-એ  
 (જુઓ કેન્દ્રના નિયમો-૫(૧)(૩), ૭(અ), ૧૪(૮) અને ૧૮(૮))  
**તબીબી પ્રમાણપત્ર**

(મોટર વાહન અધિનિયમ, ૧૯૮૮ની કલમ-૮ની પેટા કલમ (૩) હેઠળ રાજ્ય સરકારે નિમણુંક આપેલ અથવા અધિકૃત કરેલ રજીસ્ટર્ડ દાક્તરે ભરવું.)

(૧)	અરજદારનું નામ:	
(૨)	ઓળખ ચિનછો	(૧)
		(૨)
(૩)	અ. તમારી માન્યતા મુજબ અરજદારની દૃષ્ટિમાં કાંઈ ખામી છે? એમ હોય તો યોગ્ય ચેષ્ટાથી દુર કરવામાં આવે છે ?	હા/ના
	બ. તમારી માન્યતા મુજબ અરજદાર લાલ, લીલા રંગનો ભેદ જોતાવેંત પારખી શકે છે ?	હા/ના
	ક. તમારા મત પ્રમાણે અરજદાર મોટરકારની નંબર પ્લેટ દિવસના સ્પષ્ટ પ્રકાશમાં દરેક અંખે રૂપ મીટર દુરથી કળી શકે છે ખરા?	હા/ના
	સ. અરજદારને સામાન્ય ધ્વનિસંકેતો સાંભળવામાં મુશ્કેલી પડે તેવી બહેરાશ છે ખરી?	હા/ના
	દ. અરજદારને રતાંદળાપણું છે?	હા/ના
	ફ. અરજદાર બીજા એવા કોઈ રોગથી પીડાય છે કે જેનાથી તેને વાહન હાંકવામાં લોકોને જોખમ ઉભું થાય તેમ છે ?	હા/ના

**-: વેક્ટીફ :-**

(૪)	અ. અરજદારના લોહીનું વર્ગીકરણ (ગૃહ્ય) (અરજદાર આ વિગત તેમના લાયસન્સમાં નોંધવામાં આવે એમ દરછીતા હોય તો)	
	બ. અરજદારનું આર.એચ.ફેક્ટર :	

	અરજદાર આ વિગતે તેમના લાયસન્સમાં નોંધવામાં આવે તેમ ઇચ્છતા હોય તો જ)	
--	--	--

હું

પ્રમાણિત

કરું

હું

કે,

અરજદાર.....જાતે તપાસેલ છે. હું એ પણ  
પ્રમાણિત કરું છું કે, અરજદારની દાકતરી તપાસ કરતી વખતે તેની દુર્ભ્યવાની દૃષ્ટિ,  
સાંભળવાની શક્તિ, હાથ, પગ, પંજ તેમજ બંને છેડાના સાંઘારોની સ્થિતિ વિશે ખાસ દ્યાન  
આપેલ છે. અને તે ડ્રાઇવીંગ લાયસન્સ મેળવવા/રીન્યુઅલ માટે શારીરિક રીતે યોગ્ય છે.

અરજદાર નીચે દર્શાવેલ કારણોસર લાયસન્સ ધરાવવાની યોગ્યતા ધરાવતા નથી.


અરજદારના પાસપોર્ટ  
સાઈઝના ફોટો  
માટેની જગ્યા

સહી :  
મેડીકલ ઓફિસરનું નામ, હોદ્દો

સીલ  
મેડીકલ ઓફિસરનો રજી. નંબર

તારીખ:

અરજદારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન

નોંધ :-

મેડીકલ ઓફિસર એવી રીતે સહી કરવી કે જેની તેની સહી થોડીક છબી ઉપર  
અને થોડીક સર્ટીફીકેટ પર થાય.