

***CERERE,***  
**(restituire permis de conducere în baza certificatului medico-legal prin care se confirmă că afecțiunile medicale care au determinat declararea persoanei ca înaptă medical au încetat)**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_,  
C.N.P. \_\_\_\_\_, posesor al permisului de conducere  
seria \_\_\_\_\_, în temeiul art. 219 alin. (1) lit. c) din Regulamentul de aplicare a  
O.U.G. nr. 195/2002 privind circulația pe drumurile publice, aprobat prin H.G. 1391/2006  
cu modificările și completările ulterioare, vă rog să-mi restituiți permisul de conducere  
retras la data de \_\_\_\_\_.

Menționez că afecțiunile medicale care au impus măsura retragerii au încetat,  
fapt atestat de \_\_\_\_\_.  
(documente medicale și emitent)

Sunt de acord cu prelucrarea informațiilor cu caracter personal, în conformitate cu  
prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea  
datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și  
completările ulterioare.

Data \_\_\_\_\_, ora \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Șefului Serviciului Rutier Prahova.