

సమూహ - 1

[చూడుము: శారీరక నిబంధన 5(2)]

శారీరక సామర్థ్యమునకు సంబంధించిన దృవీకరణ మరియు దరఖాస్తు

1. దరఖాస్తుదారుని పేరు :
2. తండ్రి / భర్త పేరు :
3. శాశ్వత చిరునామా :
.....
.....
4. తాత్కాలిక చిరునామా :
.....
.....
కార్యాలయ చిరునామా (ఉంటే) :
.....
5. (అ) జన్మించిన తేదీ :
(ఆ) దరఖాస్తు చేసిన నాటికి గల వయస్సు :
6. గుర్తింపు చిహ్నాలు : 1)
: 2)

దృవీకరణ:

- అ) మీరు మూర్ఖ లేదా ఆకస్మికంగా స్పృహ కోల్పోవటం లేదా తల తిరగడంతో ఏ కారణంవల్ల గానీ బాధపడుచున్నారా? అవును / కాదు
- ఆ) మంచి పగటి వెలుగులో, 25 మీటర్ల దూరములో గల వాహనపు నెంబరు ప్లేటును రెండు కళ్ళతో (లేదా మీరు అయిదు సం॥ తక్కువ కాకుండా మోటారు వాహనం నడుపుటకు లైసెన్సు కలిగియుండి మరియు తదుపరి కాలంలో ఒక కంటి చూపు పోయి ఉంటే మరియు దరఖాస్తు స్టీరింగ్ చక్రము బయటి వైపునకు భిగించబడడ అధము గల రవాణాకొరకు కాని తేలిక వాహనమునకు చెందినది) లేదా ఒక కంటితో (అవసరమైతే సులోచనములతో) గుర్తించగలరా? అవును / కాదు
- ఇ) మీరు ఏదైనా చెయ్యి లేదా పాదము కోల్పోయినారా? లేదా కాళ్ళు లేదా చేతులకు సంబంధించిన కండరాలకు ఏదేని కండరాల శక్తి లోపం వల్ల బాధపడుతున్నారా? అవును / కాదు
- ఈ) మీరు ఆకుపచ్చ మరియు ఎరుపురంగులను వెంటనే గుర్తించగలరా? అవును / కాదు

- ఉ) మీరు రేచీకటితో బాధపడుతున్నారా ? అవును / కాదు
- ఊ) మీరు సాధారణ వాహన శబ్దచిహ్నాన్ని వినలేనంత చెవిటి మరియు మూగవారా? అవును / కాదు
- ఎ) మీరు ఏదైనా ఇతర వ్యాధి లేదా మోటారు వాహనాన్ని నడపడంవల్ల ప్రజలకు ప్రమాదం కాగల అసమర్థత ఉన్నట్లయితే వివరించండి? అవును / కాదు

పైన వివరించిన వివరములన్నియు నిజమని పూర్తి తెలివితో విశ్వాసముతో దృవీకరించుచున్నాను.

(దరఖాస్తుదారుని సంతకం లేదా వేలిముద్ర)

సూచిక 1) ఏదేని దరఖాస్తు దారు (అ), (ఇ), (ఉ), (ఊ) మరియు (ఎ) ప్రశ్నలకు అవునని లేదా (ఆ) మరియు (ఈ) ప్రశ్నలలో ఏదేని దానికి కాదు అని సమాధానం ఇచ్చినచో దరఖాస్తుదారుని ప్రశ్నలకు పూర్తి వివరములతో క్రోడీకరించుటకు ఇతర వివరములను ఇచ్చుటకొరకై కోరనగును.

2) ఈ దృవీకరణ పత్రమును తప్పనిసరిగా నమూనా 1-ఎ లో ఇచ్చు మెడికల్ సర్టిఫికేట్ తో సమర్పించవలెను.

నమూనా 1 - ఎ

మెడికల్ సర్టిఫికేట్టు

[చూడుము నిబంధనలు 5(1), (3), 7, 10 (ఎ), 14(డి) మరియు 8(డి)]

[ఈ నిమిత్తం రాష్ట్ర ప్రభుత్వంచే నియమించబడిన రిజిస్టర్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనరుచే లేదా సెక్షన్ (8) యొక్క సబ్ సెక్షన్ (3) క్రింద రాష్ట్ర ప్రభుత్వముచే అనుమతించబడ వ్యక్తిచే నింపబడాలి.]

1. దరఖాస్తు దారుని పేరు :
2. గుర్తింపు చిహ్నాలు : 1)
- : 2).....

3) అ) ఆ దరఖాస్తుదారు మీ తీర్పుమేరకు ఏదైనా దృష్టిలోపంతో బాధపడుతున్నాడా? ఉంటే అది సులోచనములతో సరిచేయవచ్చునా? అవును / కాదు

ఆ) దరఖాస్తు దారు మీ తీర్పుమేరకు ఎరువు/ఆకుపచ్చ రంగులను వెంటనే గుర్తించగలడా? అవును / కాదు

ఇ) మీ అభిప్రాయం మేరకు దరఖాస్తుదారు మంచి పగటి వెలుగులో 25 మీటర్ల దూరంలో గల వాహనపు నెంబరు ప్లేటును అతడి దృష్టితో గుర్తించగలడా? అవును / కాదు

ఈ) మీ అభిప్రాయం ప్రకారం సాధారణ శబ్ద చిహ్నాలను వినగల వినికిడి శక్తిని నిరోధించ గల మేరకు అతనికి మూగతనం వున్నదా? అవును / కాదు

ఉ) మీ అభిప్రాయం ప్రకారం అతనికి రేచీకటి ఉన్నదా?

అవును / కాదు

ఊ) అతను సామర్థ్యముగా డ్రైవరు భాద్యతను నిర్వహించుటను ఆటంకపరచగల లోపము లేదా అవకరము లేదా జ్ఞాపకశక్తిని కోల్పోవటంవంటివి ఉన్నాయా? ఉంటే కారణాలను వివరించండి?

అవును / కాదు

ఎ) ఐచ్ఛిక :

అ) దరఖాస్తు దారుని బ్లడ్ గ్రూప్. (దరఖాస్తు దారు కోరినట్లైతే సమాచారము డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ నమోదు చేయవచ్చును.)

ఆ) దరఖాస్తు దారుని ఫాక్టర్ (దరఖాస్తు దారు కోరినచో వివరములను అతని డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ లో నమోదు చేయవచ్చును.)

నమూనా 1 లో దరఖాస్తు దారుని దృవీకరణ పత్రములో జతపర్చుటకై ఫిజికల్ ఫిటెనెస్ దృవీకరణ-

నేను వ్యక్తిగతంగా దరఖాస్తు దారు శ్రీ ను పరీక్షించినానని దృవీకరించుచున్నాను. మరియు పరీక్ష సమయంలో దరఖాస్తుదారుని దూర దృష్టి, వినికిడి శక్తి, చేతులు, కాళ్ళు, ముంజేతుల మరియు కీళ్ళ పరిస్థితిని పరీక్షించి నా తీర్పుమేరకు దరఖాస్తు దారు డ్రైవింగ్ లైసెన్సు పొందుటకు అర్హుడు / అనర్హుడు అని దృవీకరించుచున్నాను.

దరఖాస్తుదారు ఈ క్రింది కారణాల వల్ల మెడికల్ గా అనర్హుడు.

.....
.....
.....

సంతకం

1. మెడికల్ ఆఫీసరు రిజిస్ట్రేషన్ సంబంధం.

అభ్యర్థి పాస్ పోర్ట్
సైజు ఫోటో కొరకు
స్థలము

(ముద్ర)

2. మెడికల్ ఆఫీసరు రిజిస్ట్రేషన్ సంబంధం.

అభ్యర్థి సంతకం లేదా వేలి ముద్ర

తేది||

సూచిక || మెడికల్ ఆఫీసరు సంతకం కొంతభాగం ఫోటో మీద మరియు కొంతభాగం దృవపత్రం మీద ఉండే విధంగా చేయాలి.