|  |  |
| --- | --- |
| **eRKENDE INSTELLING:** | |
| *Voornaam:*  *Naam:*  *Adres:*  *Geboortedatum:* | |
|  | |
| **Deelnemingsdocument medisch onderzoek** | |
|  | |
| **Geschiktheidsbeslissing** | |
| Eventuele beperkingen: | |
| Uitsluiting van bepaalde categorieën van voertuigen | |
| Duur van de proefperiode | |
| Andere (gebruik de **codes** indien nodig): | |
|  | |
| **Datum:** | **Handtekening en stempel van de arts** |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Ongeschiktheidsbeslissing** | |
| Datum van de eerste mislukking: | Datum van de tweede mislukking: |
| **Hantekening en stempel van de arts** | **Handtekening en stempel van de arts** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Opmerking De kandidaat die bij twee opeenvolgende onderzoeken in dezelfde vestiging niet geschikt werd bevonden of die de voorwaarden of beperkingen, toegevoegd aan de geschiktheidsverklaring, betwist, ondergaat op zijn aanvraag dezelfde onderzoeken in een andere vestiging van dezelfde of andere instelling. | |