

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)

Data _____, ora _____

Semnătura _____

Șefului Brigăzii Autostrăzi și Misiuni Speciale /Brigăzii Rutiere/
Serviciului Rutier _____.