

## نموذج شهادة طبية – مقدم طلب تجديد الرخصة

يجب أن يحصل جميع مقدمي طلب تجديد رخصة سائق السيارات الأجرة على هذا النموذج الذي تم ملأه بواسطة طبيب معتمد بعد الخضوع للفحص الطبي. لن يتم قبول أي نموذج آخر.

وقت خضوعك للفحص: يجب ألا يتجاوز تاريخ خضوعك للفحص الطبي 90 يوماً قبل التاريخ الذي قدمت فيه طلبك بلجنة سيارة الأجرة والليموزين (TLC) لتجديد الرخصة.

طريقة إرسال هذا النموذج: يتعين عليك إرسال هذا النموذج مكتملاً إلى لجنة سيارة الأجرة والليموزين (TLC) من خلال إرفاق النموذج بطلب لجنة سيارة الأجرة والليموزين (TLC) المتوفر عبر الإنترنت. إذا كنت قد أرسلت طلبك عبر الإنترنت بالفعل، يمكنك إرسال هذا النموذج عبر البريد الإلكتروني إلى [renewdrivermr@tlc.nyc.gov](mailto:renewdrivermr@tlc.nyc.gov) أو أرسله عبر البريد إلى:

**NYC TLC Licensing and Standards Division, Attention: Driver Renewals**  
31-00 47th Avenue, 3rd Floor Long Island City, NY 11101

وقت إرسال هذا النموذج: إذا لم ترسل هذا النموذج إلى لجنة سيارة الأجرة والليموزين (TLC) قبل انتهاء صلاحية رخصتك، فسيتم تجاهل طلب تجديد رخصتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال على **718-391-5501** أو انتقل إلى موقع لجنة سيارة الأجرة والليموزين (TLC) الإلكتروني على: [www.nyc.gov/tlc](http://www.nyc.gov/tlc)

### FOR LICENSED PHYSICIAN'S USE ONLY:

I certify that I have examined \_\_\_\_\_,  
(name of applicant)

the applicant for a NYC Taxi & Limousine Commission Driver's License Renewal bearing license

number \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_.  
(TLC License #) (date of exam)

Based on this examination, it is my opinion that s/he:

is medically fit to safely operate a TLC licensed vehicle.

is not medically fit to safely operate a TLC licensed vehicle.

Medically fit means that the applicant is of sound physical condition with good eyesight and no epilepsy, vertigo, heart trouble or any other infirmity of body or mind to the extent that it would render the applicant unfit for the safe operation of a licensed vehicle at all times of the day.

\_\_\_\_\_  
Physician's Last Name, First Name

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Number & Street (Mailing Address)

\_\_\_\_\_  
Physician's License #

\_\_\_\_\_  
City, State & Zip Code

\_\_\_\_\_  
State in which Physician is licensed

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Phone Number