

মেডিকেল সার্টিফিকেশনের ফর্ম - পুনর্নবীকরণের আবেদনকারী

সমস্ত ভাড়ার ড্রাইভারের লাইসেন্সের পুনর্নবীকরণের আবেদনকারীকে এই ফর্মটিকে মেডিক্যাল পরীক্ষার পর কোনো লাইসেন্স প্রাপ্ত চিকিৎসক দ্বারা পূরণ করাতে হবে। অন্য কোনো ফর্ম গ্রহণ করা হবে না।

কখন পরীক্ষা হবে: আপনার মেডিক্যাল পরীক্ষার তারিখ আপনার TLC পুনর্নবীকরণ করার আবেদন জমা দেওয়ার 90 দিনের আগে করানো যাবে না।

এই ফর্মটি কিভাবে জমা দিতে হবে: আপনাকে অবশ্যই অনলাইন TLC আবেদন পত্রের সঙ্গে এই ফর্মটি সম্পূর্ণ ও সংযুক্ত করে TLC তে জমা দিতে হবে। ইতিমধ্যেই আপনার অনলাইন আবেদন জমা দিয়ে থাকলে, আপনি এই ঠিকানায় ইমেল করতে পারেন renewdrivermr@tlc.nyc.gov বা এই ঠিকানায় ইমেল করতে পারেন:
NYC TLC Licensing and Standards Division, Attention: Driver Renewals
31-00 47th Avenue, 3rd Floor Long Island City, NY 11101

এই ফর্মটি কখন জমা দিতে হবে:

আপনি

আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে 718-391-5501 নম্বরে কল করুন অথবা TLC'র ওয়েবসাইট দেখুন: 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