

Бланк медицинского освидетельствования — продление водительского удостоверения

Все кандидаты оформляющие заявление на продление удостоверения водителя желтого такси (Medallion Driver) и на продление удостоверения водителя для перевозок по найму (FHV) должны приложить этот бланк, заполненный лицензированным врачом по результатам медицинского осмотра. Никакие другие бланки не принимаются.

Дата медицинского осмотра

Медицинский осмотр должен быть проведен (датирован) не ранее чем за 90 дней до даты подачи заявления в комиссию TLC.

Порядок подачи бланка

Вы должны подать данный заполненный бланк, приложив его к Вашему онлайн заявлению (через Интернет). Если вы уже подали свое заявление через Интернет, заполненный бланк можно отправить по электронной почте на адрес: newdrivermr@tlc.nyc.gov или обычной почтой по адресу: **New York City Taxi & Limousine Commission, Attention: New Applicant Licensing Unit 31-00 47th Avenue, 3rd Floor Long Island City, NY 11101**

Срок подачи бланка

Если вы не пришлете настоящий бланк в комиссию TLC в течение 90 дней после даты подачи заявления в комиссию TLC, ваше заявление будет отклонено.

Если у вас возникли вопросы, позвоните по телефону 718-391-5501 или посетите сайт TLC по адресу: 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

