

**نموذج شهادة طبية - مقدم طلب سائق سيارة جديد**

يجب على جميع مقدمي طلبات رخص قيادة السيارات الخاضعة لتنظيم لجنة سيارات الأجرة والليموزين (TLC) (سيارات الأجرة الحاملة للوحة الميدالية (Medallion) وسيارات Street Hail Livery وسيارات الأجرة) تعبئة/استيفاء بيانات هذا النموذج بواسطة طبيب مرخص بعد الخضوع للفحص الطبي. ولن يتم قبول أي نموذج آخر.

وقت خضوعك للفحص: يجب ألا يسبق تاريخ خضوعك للفحص الطبي التاريخ الذي تقدم فيه طلب لجنة سيارات الأجرة والليموزين (TLC) الخاص بك بأكثر من 90 يومًا.

طريقة إرسال هذا النموذج: يتعين عليك إرسال هذا النموذج المستوفي البيانات إلى لجنة سيارات الأجرة والليموزين (TLC) عن طريق إرفاق النموذج بطلب لجنة سيارات الأجرة والليموزين (TLC) الإلكتروني عبر الإنترنت. وإذا كنت قد أرسلت طلبك الإلكتروني عبر الإنترنت بالفعل، يمكنك تحميل هذا النموذج على الموقع الإلكتروني [www.nyc.gov/tlcup](http://www.nyc.gov/tlcup)

وقت إرسال هذا النموذج: إذا لم ترسل هذا النموذج إلى لجنة سيارات الأجرة والليموزين (TLC) في غضون 90 يومًا من إرسال طلب لجنة سيارات الأجرة والليموزين (TLC) الخاص بك، فسوف يُرفض طلبك.

إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني: [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, on \_\_\_\_\_.  
(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



**THIS FORM MUST BE VALIDATED WITH AN OFFICIAL STAMP BY PHYSICIAN.**