

**ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS:**

Blank box for recording diseases or deficiencies.

**OBSERVACIONES:**

Blank box for recording observations.



**Informes de Aptitud  
Conductores y Armas, S.L.**

San Sinesio, 1

Tel. 91 462 53 25

28025 Madrid

Número de inscripción en el Registro M-0282

Blank box for the report content.

D .....  
Director del Centro de Reconocimiento .....

**INFORMA: Que D.**

con D.N.I. núm. .... nacido el, .....  
se ha sometido al reconocimiento facultativo pertinente de las aptitudes médicas y psicológicas necesarias para la (1) .....  
del permiso o licencia de conducción de la clase ..... de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 772/1997, de 30 de mayo. Y visto el dictamen (2) ..... se le considera (3) ..... para (4) ..... el permiso o licencia de conducción (5) ..... correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente informe en ..... a .....

Sello

El Director del Centro.

- (1) Obtención o prórroga
- (2) Positivo o negativo.
- (3) Apto o no apto.
- (4) Obtener o prorrogar.
- (5) Ordinario o extraordinario.

Caduca a los noventa días naturales.

(Observaciones al dorso).

\* Modificado por R.D. 1598/2004 de 2 de julio