भाग 2

(राज्य सरकार द्वारा इस प्रयोजन के लिए नियुक्त/रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी द्वारा या धारा 8 की उपधारा (3) के अधीन निर्दिष्ट राज्य सरकार द्वारा इस निमित्त प्राधिकृत व्यक्ति द्वारा भरा जाना है)

1. आवेदक का नाम
2. का पुत्र/की पत्नी/की पुत्री
3. स्थायी पता
4. अस्थायी पता
5. जन्म की तारीख
6. पहचान चिन्ह (1)

   (2)

7. आवेदक की शारीरिक समर्थता के बारे में घोषणा :–

(क) क्या आवेदक, आपके सर्वोत्तम निर्णय के अनुसार अपस्मार, भ्रमि या किसी ऐसे मानसिक रोग के अध्यधीन है जिससे उसकी चालन कार्य क्षमता पर प्रभाव पड़ने की संभावना है । –हां/नहीं–

(ख) क्या आवेदक किसी हृदय या फेफड़े के विकार से पीड़ित है जो चालक के रूप में उसके कर्तव्यों के अनुपालन में बाधा डाल सकता है । –हां/नहीं–

(ग) क्या दृष्टि में कोई दोष है । यदि ऐसा है तो उपयुक्त चश्मे द्वारा सही किया गया है । –हां/नहीं–

(घ) क्या आवेदक आसानी से लाल और हरे रंजक रंगों में विभेद कर सकता है । –हां/नहीं–

(ड) क्या आवेदक ऐसी मात्रा तक बधिरपन से पीड़ित है जिससे सामान्य ध्वनि संकेतों को सुनने से उसे निवारित करेगा । –हां/नहीं–

(च) क्या आवेदक रतौंधी से पीड़ित है । –हां/नहीं–

(छ) क्या आवेदक में कोई अंग विकार या अंग की हानि है जिससे चालक के रूप में उसके दक्षता पूर्वक कर्तव्य पालन में विघ्न पैदा होगी । यदि ऐसा है तो विस्तृत रूप में कारण बताएं । –हां/नहीं–

(ज) क्या उसमें अलकोहल, तम्बाकू या औषधि के अत्यधिक प्रयोग का आदी होने का कोई संकेत दिखाई पड़ता है । –हां/नहीं–

(झ) क्या वह किसी भी कारण से बेहोशी के दौरे से पीड़ित है । –हां/नहीं–

(ञ) क्या वे 25 मीटर की दूरी पर दिन की अच्छी रोशनी में दोनों से में प्रत्येक आंख से मोटर कार नम्बर प्लेट का विभेद करने में समर्थ है । –हां/नहीं–

(ट) कया वह दोनों में से किसी भुजा या पैर के संचालन, नियंत्रण या मांसपेशियों की सख्ती में किसी खराबी से पीड़ित है । –हां/नहीं–

(ठ) आवेदक की ऊंचाई क्या है । क्या आप समझते हैं कि उसकी ऊंचाई, चालन के समय सड़क पर साफ दृष्टि रखने में उसके लिए अहितकर होगी । –हां/नहीं–

(ड) क्या वह मानसिक रूप से बीमार व्यक्ति है । –हां/नहीं–

(ढ) क्या वह किसी ऐसे अन्य रोग या निःशक्तता से पीड़ित है जिसके कारण उसके मोटरयान चालन से जनता को खतरा का स्त्रोत बन जाने की संभावना है । –हां / नहीं–

(ण) क्या वह आपकी राय में –

(1) शारीरिक स्वास्थ्य,

(2) नेत्र दृष्टि,

(3) मानसिक योग्यता, तथा

(4) श्रवण योग्यता,

के संबंध में आमतौर पर ठीक है । –हां / नहीं–

(त) आवेदक का रक्त ग्रुप

(ध) आवेदक का आर एच संघटक

मैंने आवेदक की जांच कर ली है और मेरी यह राय है कि यह निम्नलिखित कारणों से चालन अनुज्ञप्ति का धारक होने के लिए उपयुक्त नहीं है ।

तारीख ....

हस्ताक्षर

चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदाभिधान

मैं प्रमाणित करता हूं कि मैंने आवेदक .... की व्यक्तिगत रूप से परीक्षा की है । मैं यह भी प्रमाणित करता हूं कि अभ्यर्थी की जांच करते समय मैंने अभ्यर्थी की दूरदृष्टि और श्रवण योग्यता, भुजाओं, पैरों, हाथों और दोनों अग्रांगों के जोड़ों के संबंध में विशेष ध्यान दिया है और यह चिकित्सीय रूप में चालन अनुज्ञप्ति धारण करने के लिए ठीक है

हस्ताक्षर

चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदाभिधान

तारीख ....

मोहर

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर

टिप्पणी :

(1) चिकित्सा अधिकारी फोटोग्राफ पर अपने हस्ताक्षर ऐसी रीति से करेगा कि उसके हस्ताक्षर का एक भाग फोटोग्राफ पर हो और एक भाग प्रमाणपत्र पर हो ।

(2) उस राजपत्र की विशिष्टियां जहां उसकी नियुक्ति अधिनियम की धारा 8 की उपधारा (3) के प्रति निर्देश से अधिसूचित हो की गई है और सूची का क्रम संख्यांक जहां पर उसका नाम है ।