ANEXO X

NOME FANTASIA DA CLÍNICA E IDENTIFICAÇÕES COM LOGOTIPO

RELAÇÃO DOS CANDIDATOS SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA				
Nome da clinica:				
Nome do profissional:				
MÊS:	ANO			
Nome (*)	Resultado	Permissão	Renovação	Categoria

Observação: Citar, em primeiro lugar, os candidatos considerados aptos, em seguida os considerados inaptos temporários e inaptos e, finalmente, os casos em andamento.

_____

Local e Data

_____

Assinatura do Psicólogo Perito Examinador de Trânsito