CERTIFICATO MEDICO

A CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA DELLA CATEGORIA A B C D E (1)

N°	RILASCIATA DA		CON SCADENZA IL	

Foto 35x42 firmata dal richiedente e vistata dal medico che rilascia il documento (2)

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIGNOR _____

NAT__ A _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____

RILASCIATO DA _____ IL _____

ALTEZZA _____ PESO _____

POSSIEDE .....ALL'OCCHIO DESTRO.....ALL'OCCHIO SINISTRO.....

AD OCCHIO NUDO		
A RIFRAZIONE CORRETTA		
GRADO DI RIFRAZIONE		

SENSO CROMATICO		CAMPO VISIVO		SENSO STEREOSCOPICO	

VISIONE BI-OCULARE	VISIONE NOTTURNA

PERCEPISCE UNA NORMALE CONVERSAZIONE	CON/SENZA PROTESI ACUSTICA (3)	MONOAURALE/ BINAURALE (3)

A DESTRA A METRI.....	A SINISTRA A METRI.....

POSSIEDE TEMPI DI REAZIONE A STIMOLI SEMPLICI (MISURA IN DECIMI)

STIMOLI LUMINOSI	rapidità		regolarità	
STIMOLI ACUSTICI	rapidità		regolarità	

DI CONSEGUENZA SI CERTIFICA LA IDONEITÀ/INIDONEITÀ (3) ALLA GUIDA DEI VEICOLI CONSENTITI DALLA PATENTE DI CUI TRATTASI

OSSERVAZIONI (4)

(5) .... OBBLIGO DI LENTI DURANTE LA GUIDA

(5) .... OBBLIGO DI APPARECCHIO ACUSTICO DURANTE LA GUIDA

ALL. N°

DATA DEL RILASCIO

Timbro e firma del medico

Non sono stati rilevati sintomi da abuso di bevande alcooliche o dipendenza da sostanze stupefacenti psicotrope o che comunque alterino il quadro psico-fisico, ovvero anomalie somatiche derivanti da patologie fisiche o psichiche, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possano comunque pregiudicare la sicurezza alla guida dei veicoli consentiti dalla patente in possesso.

(1) Selezionare il tipo
(2) Applicare fotografia recente
(3) Depennare il caso che non ricorre
(4) Motivazioni in caso di inidoneità
(5) Indicare sì oppure no