

Marca
bollo

CERTIFICATO MEDICO

per il conseguimento della patente di guida della categoria:
la conferma di validità

Fotografia

Si certifica che il / la Sig. _____

Nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento: _____ N° _____

rilasciato da _____ il _____

ha statura di metri _____ e peso di Kg. _____

non presenta sintomi che lo rivelino fare abuso di bevande alcoliche o di essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona.
È esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e da malattie fisiche o psichiche, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possono comunque pregiudicare la sicurezza della guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita.

REQUISITI VISIVI

Visus migliore occhio destro: _____ con / senza correzione ottica

Visus migliore occhio sinistro: _____ con / senza correzione ottica

Sensibilità al contrasto: _____ Sensibilità all'abbagliamento: _____

Tempo di recupero dopo abbagliamento: _____

Visione crepuscolare: _____ Campo visivo: _____

Percepisce la voce di conversazione con / senza protesi acustica *monoaurale / binaurale*

con l'orecchio destro a metri _____ con l'orecchio sinistro a metri _____

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici e complessi (misura in decili):

Luminosi: semplici rapidità: _____ regolarità: _____ - complessi rapidità: _____ regolarità: _____

Acustici: semplici rapidità: _____ regolarità: _____ - complessi rapidità: _____ regolarità: _____

In conseguenza si giudica che è idoneo/a per il conseguimento della patente di categoria
NON è idoneo/a la conferma della validità

Osservazioni: _____

- obbligo di lenti durante la guida

- obbligo di apparecchio acustico durante la guida

Allegati n. _____

Rilasciato il _____