

Foto 2x2 in.
(51x51mm)

firmata dal
richiedente

CERTIFICATO MEDICO

Per il rinnovo della patente di guida della categoria: A B C D E

Si certifica che il/la signor/a _____

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 essere in stato di dipendenza di sostanze stupefacenti psicotrope o che comunque alterino lo stato psico - fisico della persona. E' esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e da malattie fisiche o psichiche, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita.

| Possiede | all'occhio destro | all'occhio sinistro |
|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| ad occhio nudo | _____ | _____ |
| a rifrazione corretta | _____ | _____ |
| grado di rifrazione | _____ | _____ |
| senso cromatico _____ | campo visivo _____ | senso stereoscopico _____ |
| visione binoculare _____ | visione notturna _____ | |

percepisce la voce di conversazione *con* _____ *protesi acustica* *monoaurale* _____
senza _____ *binaurale* _____

a destra a _____ m. a sinistra a _____ m.

possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)

| | | |
|------------------|-----------------|-------------------|
| stimuli luminosi | rapidita' _____ | regolarita' _____ |
| stimuli acustici | rapidita' _____ | regolarita' _____ |

in conseguenza si giudica che *e' idoneo* _____ per il rinnovo della patente di categoria _____
non e' idoneo _____

osservazioni _____

_____ obbligo di lenti durante la guida _____ obbligo di apparecchio acustico durante la guida

Certificato medico rilasciato in data _____

Timbro ufficiale e firma del sanitario _____