

CERTIFICATO MEDICO
per la **CONFERMA** della **VALIDITA`**

Fotografia firmata
dal richiedente e
vistata dal medico
che rilascia il
documento (3)

(1) della patente di guida
della categoria: A B C D E (2)

_____ (data del certificato)

Si certifica che il/la Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ 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 od essere in stato di dipendenza da 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/senza (4) protesi acustica monoaurale/binaurale (4)
a destra a _____ m. a sinistra _____ m.

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

stimoli luminosi	rapidità _____	regolarità _____
stimoli acustici	rapidità _____	regolarità _____

in conseguenza si giudica che è idoneo/non è idoneo (4) per (1) _____ della
patente di guida di categoria (5)

osservazioni (6) _____

- (7) obbligo di lenti durante la guida
(8) obbligo di apparecchio acustico durante la guida

Patente n. _____

generalità, qualifica e firma del medico

Rilasciata il _____

- (1) Indicare, secondo i casi, il conseguimento oppure la revisione, oppure la conferma della validità
(2) Contrassegnare con una croce il caso che ricorre
(3) Foto da applicare solo in caso di primo rilascio della patente
(4) Depennare il caso che non ricorre
(5) Indicare la categoria di patente per la quale si esprime il giudizio
(6) Il giudizio di non idoneità deve essere adeguatamente motivato
(7) Indicare sì oppure no

Visto per la legalizzazione della firma del Dr. _____, medico
abilitato.