

CERTIFICATO MEDICOPer _____ (1) della patente di guida
della categoria A B C D E (2)

Si certifica che la/il Signor _____

nat _a _____ il _____

documento di riconoscimento _____ n° _____

ha statura di m _____ e peso di kg. _____

Non presenta sintomi che lo rivelino fare uso 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 e 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.

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 con _____ (4) protesi acustica monoaurale (4)
senza binaurale

a destra a 4 _m a sinistra a 4 _m

possiede tepidi reazione a stimoli semplici (misura in decili)

stimoli luminosi rapidità _____ regolarità _____

stimoli acustici rapidità _____ regolarità _____

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

(5) _____ osservazioni (6) _____

(7) obbligo di lenti si no

(7) obbligo di apparecchi acustici si no

generalità qualifica del sanitario

rilasciato il _____