

Fotografia 35 X  
42 firmata dal  
richiedente e  
vistata dal  
medico che  
rilascia il  
documento (3)

**dottor Ruggero Carminati**  
medico-chirurgo - Spec. Chirurgia Maxillo-Facciale\*Medicina  
Legale - \*\*Medicina Sociale - \*\*Geriatria  
Medico Competente85°RAV "Verona" - V. San Michele,  
437141 - VERONA  
Studio V. Cefalonia 11/a - VERONA

Marca da bollo  
annullata da € 16,00

# CERTIFICATO MEDICO

per (1) della patente di guida della categoria (2)

| Gruppo 1 |    |    |   |    |   |    | Gruppo 2 |     |   |    |    |     |   |    |
|----------|----|----|---|----|---|----|----------|-----|---|----|----|-----|---|----|
| AM       | A1 | A2 | A | B1 | B | BE | C1       | C1E | C | CE | D1 | D1E | D | DE |

Si certifica che il / la Signor /a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ha statura di m. \_\_\_\_\_ e peso di Kg. \_\_\_\_\_

Non presenta i 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: **un'acutezza visiva** all'occhio destro \_\_\_\_\_ /decimi all'occhio sinistro \_\_\_\_\_ /decimi

Visus raggiunto con correzione ottica  NO  SI

Per il solo Gruppo 2 se  SI:  con lenti a tempiale con potenza non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico.  
 con lenti a contatto.

|   |                                 |                            |                         |                        |                                 |
|---|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------|
| senso cromatico:  | <b>sufficiente</b>              | campo visivo:              | <b>nella norma</b>      | senso stereoscopico:   | <b>Presente al test di Lang</b> |
| visione binoculare:   | <b>presente al test di Lang</b> | visione notturna:          | <b>rif. Sufficiente</b> |                        |                                 |
| *tempo di recupero dopo l'abbagliamento:                                | <b>idoneo</b>                   | *sensibilità al contrasto: | <b>idonea</b>           | *visione crepuscolare: | <b>sufficiente</b>              |
| (*parametri previsti dal D. 30/11/2010 e D. Lvo. Nr. 59 del 18/04/2011) |                                 |                            |                         |                        |                                 |

Percepisce la voce di conversazione  $\frac{\text{con}}{\text{senza}}$  (4) protesi acustica  $\frac{\text{monoaurale}}{\text{binaurale}}$  (4) a destra a \_\_\_\_\_ metri a sinistra a \_\_\_\_\_ metri

Per il solo Gruppo 2: Possiede tempi di reazione a stimoli semplici e complessi luminosi ed acustici classificati almeno nel 12345678910 decile della scala decilica di classificazione

In conseguenza si giudica che è **SI IDONEO**

per il conseguimento o la conferma della validità / duplicato della patente di guida di categoria

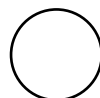
Osservazioni (6) \_\_\_\_\_

- obbligo di lenti durante la guida  NO  SI

- obbligo di apparecchio acustico durante la guida  NO  SI

all. n° \_\_\_\_\_ (certificato anamnestico, altro)

Rilasciato il \_\_\_\_\_



Generalità, qualifica e firma del sanitario  
**(MKRBY3)**