



SSN _____

ASL _____

Ufficio sanitario di _____

per _____

della patente di guida della categoria A B C D E

- Vista la dichiarazione autografa compilata e firmata in presenza del medico esaminatore di cui all'articolo 2 comma 1° della Circolare del Ministero dei Trasporti esplicativa del D.P.R. 19.04.1994 n. 575.

- Visto l'esito della visita psicologica di cui all'art. 199, comma 9 del Codice della Strada, effettuata dal Dott. _____

iscritto al n. _____ dell'albo della Provincia _____

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____

ha statura di metri _____ e peso di kg _____

non presenta sintomi che lo/a rivelino fare abuso di bevande alcoliche o 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 in 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 _____

visione binoculare _____ visione notturna _____ campo visivo _____

senso cromatico _____ senso stereoscopico _____

Percepisce la voce di conversazione

con protesi acustica senza protesi acustica monoaurale binaurale

a destra a metri _____ a sinistra a metri _____

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misurati in decili)

rapidità

regolarità

stimoli luminosi _____

stimoli acustici _____

In conseguenza si giudica che è idoneo non idoneo

per _____ della patente di guida di categoria _____

Osservazioni

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

Rilasciato il _____

(Timbro e Firma)