



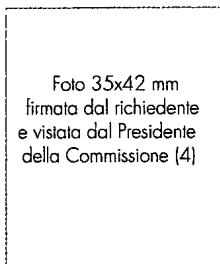
COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI \_\_\_\_\_ (1)

## CERTIFICATO MEDICO

per \_\_\_\_\_ (2) della patente di guida

normale  A  B  C  D  E  (3)

speciale  A  B  C  (3)



Visto il certificato anamnestico di cui all'art. 319 del Regolamento di Esecuzione del Codice della Strada rilasciato dal/la dott./ssa \_\_\_\_\_  
dell'unità sanitaria locale n. \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

Si certifica che \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

nat. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ha statura di m. \_\_\_\_\_ e peso di Kg. \_\_\_\_\_

osservazioni (5) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


(1) Indicare il capoluogo di provincia. Se nella stessa provincia operano più commissioni, far seguire dal numero romano che la contraddistingue.

(2) Indicare, secondo i casi, il conseguimento oppure la revisione oppure la conferma di validità

(3) Contrassegnare con una croce il caso che ricorre

(4) Foto da applicare solo in caso di primo rilascio della patente

(5) Descrivere, ove ricorra il caso, le malattie di cui all'art. 320 del Regolamento, le minorazioni ed il livello di gravità delle stesse.

Possiede	all'occhio destro	all'occhio sinistro
ad occhio nudo	_____	_____
a rifrazione corretta	_____	_____
grado di rifrazione (1)	_____	_____
senso cromatico _____	campo visivo _____	senso stereoscopico _____
visione binoculare _____	visione notturna _____	
<hr/>		
percepisce la voce di conversazione	con _____ (2) protesi acustica monoaurale _____ (2)	senza _____ binaurale _____ (2)
a destra, a _____ m	a sinistra, a _____ m	
<hr/>		
ottiene i seguenti tempi di reazione		
a stimoli semplici (misura in decili)	luminosi _____ rapidità _____ acustici _____ rapidità _____	regolarità _____ regolarità _____
a stimoli multipli, a scelta, anche agli effetti del comportamento in situazione sperimentale di allarme	sufficientemente _____ (2) insufficientemente _____	rapidi e regolari
<hr/>		
presenta reazioni della personalità	normali - inadeguate (2)	
presenta minorazioni invalidanti <input type="checkbox"/> (3)	ascrivibili alla classe <input type="checkbox"/> (4)	
osservazioni _____		
<hr/>		
in conseguenza si giudica che	è idoneo _____ (2) per la patente di guida	normale _____ (2) di categoria <input type="checkbox"/> (5) non è idoneo _____ speciale _____
osservazioni (6) _____		
<hr/>		
		<b>PRESCRIZIONI</b>
(3) <input type="checkbox"/>	- obbligo di lenti (a contatto) durante la guida	
(3) <input type="checkbox"/>	- obbligo di apparecchio acustico durante la guida	
(7) <input type="checkbox"/>	- protesi ( ortesi )	
(8) <input type="checkbox"/>	- adattamenti del veicolo e disposizioni dei comandi	
osservazioni _____		
<hr/>		
ritirato il _____	rilasciato il _____	
Firma dell'interessato	La Commissione	
_____		
allegati n° _____ (9)		
<hr/>		
<p>(1) Deve sempre essere indicato quando sussista l'obbligo di fare uso delle lenti durante la guida  (2) Depennare il caso che non ricorre  (3) Indicare sì oppure no  (4) Fare riferimento alla classificazione ministeriale o descrivere nelle osservazioni  (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. Se sì la protesi deve essere descritta  (8) Fare riferimento alla codifica ministeriale oppure indicare nelle osservazioni i diversi adattamenti previsti indicandone i motivi  (9) Il certificato anamnestico e gli altri certificati esibiti dall'interessato .....</p>		

## Modello IV 6 Art. 331

**CERTIFICATO COMMISSIONE MEDICA LOCALE**

(Questo certificato deve essere stampato su carta di colore celeste)