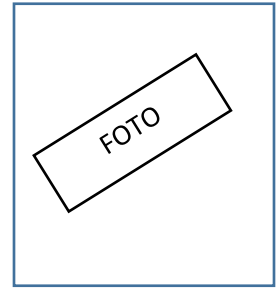


CERTIFICATO MEDICO
MEDICAL CERTIFICATE¹

Per il rinnovo della patente di guida di tipo (v. pg. 2)
For the renewal of the driving license (see pag. 2)



Si certifica che il Signor/a _____
(I hereby certify that Mr./Ms./Mrs.)

Nato a _____ il _____
(Born in) (on)

Residente al seguente indirizzo: _____
(Official address)

Stato _____ zip _____
(State) (zip)

Docum. di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____ il _____
(Identity card no.) (issued by) (on)

Altezza _____ Peso _____
(Height) (Weight)

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 psichico-fisico della persona.

(Does not present symptoms of alcohol or drug abuse. Does not show signs of dependency from psychotropic or psychophysical-altering substances.)

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 possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita.

(Does not have any: a) somatic anomalies; b) physical or psychological pathologies or biological deficiencies; c) anatomical nor functional deficiencies that could in any way jeopardize the safety of people and things while driving a vehicle allowed.

Possiede <i>(Has)</i>	all'occhio destro <i>(at the right eye)</i>	all'occhio sinistro <i>(at the left eye)</i>
ad occhio nudo <i>(naked-eye)</i>	_____	_____

a rifrazione corretta <i>(with corrected refraction)</i>	_____	_____
--	-------	-------

grado di rifrazione <i>(refraction grade)</i>	_____	_____
---	-------	-------

Senso cromatico _____ campo visivo _____ senso stereoscopico _____
(Chromatic sensitivity) (visus) (stereoscopic sensitivity)

Visione binoculare _____ visione notturna _____
(Binocular visibility) (night visibility)

Percepisce la voce di conversazione con/senza protesi acustica monoaurale/binaurale
(Hears voice with/without one-ear/two-ear prosthesis)

A destra a _____ m. <i>(From right) (meters)</i>	A sinistra _____ m. <i>(From left) (meters)</i>
---	--

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili):
(Reaction time to simple stimuli (measure in deciles):

Stimoli luminosi <i>(Luminous stimuli)</i>	rapidità _____ <i>(rapidity)</i>	regolarità _____ <i>(regularity)</i>
---	-------------------------------------	---

Stimoli acustici <i>Acoustic stimuli</i>	rapidità _____	regolarità _____
---	----------------	------------------

In conseguenza si giudica che è idoneo/non è idoneo per il rinnovo della patente di guida di categoria _____
The patient is therefore fit/unfit to drive vehicles related to driver license _____(type)

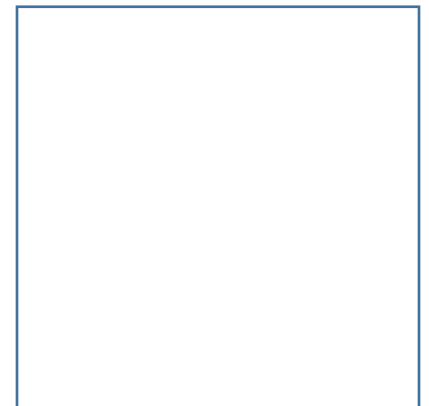
Motivazioni di non idoneità
Please motivate thoroughly why the patient is unfit

Obbligo di lenti durante la guida Si/No
Must wear lenses while driving Yes/No

Obbligo di apparecchio acustico alla guida Si/No
Acoustic device on while driving Yes/No

Data _____
(Date)

Generalità, qualifica e firma del sanitario
Name, I.D. number and signature of M.D. _____



¹ Il medico che firma deve rientrare tra quelli indicati nell'elenco del Consolato. The medical doctor who issues the present certificate must be one of the medical doctors indicated by the Consulate. See list on the website. PAG. 1/2