

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIA GRANDA

CERTIFICATO MEDICO

Per il

<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> RINNOVO	<input type="checkbox"/> REVISIONE
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

(Crocettare il caso che ricorre)

Della patente CRI categoria

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4b	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5b	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

(Crocettare la/le categorie che ricorrono)

Si certifica che il/la signor/a _____ nato/ a _____ il _____

Doc di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____

il _____ ha statura di m. _____ e peso di Kg _____

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 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	occhio destro	occhio sinistro	Visione notturna	_____
			Senso cromatico	_____
Occhio nudo	_____	_____	Campo visivo	_____
Rifrazione corretta	_____	_____	Senso stereoscopico	_____
Grado di rifrazione	_____	_____	Visione binoculare	_____

Percepisce la voce di conversazione con / senza (1) protesi acustica monoaurale / binaurale (1)

A destra _____ m. - a sinistra _____ m.

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici e complessi (*) (misura in decili)

Stimoli luminosi rapidità _____ regolarità _____

Stimoli acustici rapidità _____ regolarità _____

In conseguenza si giudica che è: idoneo - non idoneo (1) per la guida patente di categoria _____

Osservazioni (2) _____

(1) - Obbligo di lenti durante la guida

(1) - Obbligo di apparecchio durante la guida

Timbro
dell'ufficio
O del
Sanitaio

Generalità, qualifica e firma del sanitario

Data rilascio _____

- (1) Contrassegnare con una croce (X) il caso **che ricorre**
(2) Il giudizio di non idoneità deve essere adeguatamente motivato