

## CERTIFICATO MEDICO per la CONFERMA della VALIDITA`

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

della patente di guida della categoria:  A  B  C  D  E (2)

Perth, \_\_\_\_\_  
(data del certificato)

Si certifica che il/la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ha statura di metri \_\_\_\_\_ 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	All'occhio destro	All'occhio sinistro
Ad occhio nudo	_____	_____
A rifrazione corretta	_____	_____
Grado di rifrazione	_____	_____
senso cromatico _____	campo visivo _____	senso stereoscopico _____
visione binoculare _____	visione notturna _____	
Percepisce la voce di conversazione con/senza (4)	protesi acustica	monoaurale/binaurale (4)
a destra a _____ m.	a sinistra _____	_____ m.

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

Stimoli luminosi	rapidità _____	regolarità _____
Stimoli acustici	rapidità _____	regolarità _____

in conseguenza si giudica che è idoneo/non è idoneo (4) per (1) \_\_\_\_\_ della patente di guida di categoria (5)

osservazioni (6) \_\_\_\_\_

(7)  obbligo di lenti durante la guida

(7)  obbligo di apparecchio acustico durante la guida

Patente n. \_\_\_\_\_ Generalità, qualifica e firma del medico  
Rilasciata il \_\_\_\_\_

(1) Indicare, secondo i casi, il conseguimento oppure la revisione, oppure la conferma della validità

(2) Contrassegnare con una croce il caso che ricorre

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

(4) Depennare il caso che non ricorre

(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

**Consolato d'Italia Perth**

Visto per la legalizzazione della firma del Dr. \_\_\_\_\_, medico abilitato.