



## RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di:

(Cognome)

(Nome)

nat\_ a ..... (.....) il .....

documento di riconoscimento ..... nr. ....

rilasciato da ..... il .....

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA<sup>(2)</sup>:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussiste diabete<br>( se Si specificare se insulino-dipendente .....  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono altre patologie endocrine<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono turbe e/o patologie psichiche<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - fa uso di sostanze psicoattive<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie del sistema nervoso<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche<br>( se Si specificare quando si è manifestata l'ultima .....                  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono malattie del sangue<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono malattie dell'apparato uro-genitale<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie visive<br>( se Si quali .....  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie uditive<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio<br>( se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) ..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Data .....

Firma dell'interessato/a

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti<sup>(2)</sup>:

- dichiarazione anamnestica sottoscritta dall'interessato/a
- attestazione del medico di fiducia dr..... rilasciata il.....
- certificazione rilasciata da ..... il .....  
attestante l'assenza di condizioni di abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
- valutazione specialistica<sup>(3)</sup>: .....
- certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato/a

**Verificato che l'interessato/a:**

- **presenta** obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la patente abilita<sup>(2)</sup> Si  No
- **presenta** obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo<sup>(2)</sup> Si  No
- **presenta**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:
  - della sensibilità al contrasto<sup>(2)</sup> Si  No
  - della sensibilità all'abbagliamento<sup>(2)</sup> Si  No
  - dei tempi di recupero dopo abbagliamento<sup>(2)</sup> Si  No
  - della visione crepuscolare<sup>(2)</sup> Si  No
- **possiede** acuità visiva **naturale/corretta**<sup>(1)</sup> in visione<sup>(2)</sup>:
  - binoculare di ...../decimi all'occhio destro e di ...../decimi all'occhio sinistro
  - monoculare **anatomica/funzionale**<sup>(1)</sup>, posseduta da un periodo **sufficiente/non sufficiente**<sup>(1)</sup> per consentire l'adattamento, di ...../decimi all'occhio **destro/sinistro**<sup>(1)</sup>
- **percepisce** la voce di conversazione a m ..... a destra e a m ..... a sinistra **senza/con**<sup>(1)</sup> protesi acustica **monoaurale/biaurale**<sup>(1)</sup>
- **possiede**, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari<sup>(2)</sup> Si  No

**Si giudica lo/la stesso/a:**

IDONEO/NON IDONEO<sup>(1) (4)</sup> per conferma<sup>(1)</sup> della patente di guida di categoria ..... con le seguenti indicazioni<sup>(2)</sup>:

- NESSUNA PRESCRIZIONE       OBBLIGO LENTI cod.....
- VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a : .....
- OBBLIGO DI..... cod..... (riservato a CML)
- LIMITAZIONE ALLA GUIDA ..... cod ..... (riservato a CML)
- MODIFICHE AL VEICOLO..... cod..... (riservato a CML)

**Annotazioni** .....

.....

.....

data .....

Firma del medico certificatore

\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Cancellare la parte che non interessa

<sup>(2)</sup> Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse

<sup>(3)</sup> Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

<sup>(4)</sup> In caso di giudizio di NON IDONEITÀ, il medico certificatore monocratico dovrà provvedere, ai sensi dell'art. 126, comma 6, del "Codice della Strada", a comunicare tale esito al competente ufficio del Dipartimento per i trasporti terrestri