

CERTIFICATO MEDICO  
*MEDICAL CERTIFICATE*<sup>1</sup>

Per il rinnovo della patente di guida di tipo (v. pg. 3)  
*For the renewal of the driving license (see pag. 3)*

Si certifica che il Signor/a  
*I hereby certify that Mr./Ms./Mrs.*

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
*Born in \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_*

Documento 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>	_____	_____

<sup>1</sup> Il medico che firma deve rientrare tra quelli di fiducia del Consolato oppure essere un oculista. The medical doctor who issues the present certificate must be either an eye specialist or one of the medical doctors indicated by the Consulate. See list on the website.

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. a sinistra \_\_\_\_\_ m.  
*From right meters From left metres*

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

Stimoli luminosi rapidità \_\_\_\_\_ regolarità \_\_\_\_\_  
*Luminous stimuli rapidity regularity*

Stimoli acustici rapidità \_\_\_\_\_ regolarità \_\_\_\_\_  
*Acoustic stimuli rapidity regularity*

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 durante la guida Si/No  
*Must have acoustic enhancer device on while driving Yes/No*

Data  
*Date*

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

<b>A</b> 	$> 50 \text{ cm}^3$ $> 45 \text{ km/h}$ <small>(alt. max. 25 kW - 0.16 kW / kg)</small>
<b>A1</b> 	max. $125 \text{ cm}^3$ max. 11 kW $16 < \text{max. } 80 \text{ km/h} < 18$
<b>B</b> 	max. 3.5 t max. 8+1 $\text{Å}$  $< 750 \text{ kg}$
<b>BE</b> 	 $> 750 \text{ kg}$
<b>C1</b> 	$> 3.5\text{t}, < 7.5\text{t}$ max. 8+1 $\text{Å}$  $< 750 \text{ kg}$
<b>C1E</b> 	 $> 750 \text{ kg}$ max. 12t
<b>C</b> 	 $< 750 \text{ kg}$
<b>CE</b> 	 $> 750 \text{ kg}$
<b>D1</b> 	 $< 750 \text{ kg}$ max. 16+1 $\text{Å}$
<b>D1E</b> 	 $> 750 \text{ kg}$ max. 16+1 $\text{Å}$ max. 12t
<b>D</b> 	 $< 750 \text{ kg}$
<b>DE</b> 	 $> 750 \text{ kg}$