CERTIFICATO MEDICO
PER LA CONFERMA DELLA VALIDITA'
DELLA PATENTE DI GUIDA DELLA CATEGORIA _____ (specificare A, B, C, D, o E)

Tel Aviv, | data |

Si certifica che

Nome e cognome		Sesso	Statura	Peso
Data di nascita	Luogo di nascita			
Documento numero	Ente di rilascio	Data di rilascio		

- non presenta sintomi che lo/la rilevino fare abuso di bevande alcoliche od essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisco della persona;
- è esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e da malattia 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 la seguente visione:

	Occhio destro	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 protesi acustica monoaurale / binaurale:

A destra, a metri	A sinistra, a metri

- possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili):

	Rapidità	Regolarità
Stimoli luminosi		
Stimoli acustici		

In conseguenza si giudica che è idoneo / non è idoneo
per la conferma della patente di guida di categoria _____ (specificare A, B, C, D, o E)

Osservazioni			
	Obbligo di lenti durante la guida		Obbligo di apparecchio acustico durante la guida

Patente numero	Rilasciata il

	Generalità, qualifica e firma del medico

Riservato all'Ambasciata d'Italia in Tel Aviv

Visto per la legalizzazione della firma del dott.