

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti:

- 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 ⁽¹⁾ _____
- certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato.

Verificato che l'interessato:

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 dei veicoli ai quali la patente abilita	SI	NO
PRESENTA obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo	SI	NO

PRESENTA ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

<input checked="" type="checkbox"/> della sensibilità al contrasto	SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/> della sensibilità all'abbagliamento	SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/> dei tempi di recupero dopo abbagliamento	SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/> Della visione crepuscolare	SI	NO

- **POSSIEDE** acuità visiva NATURALE / CORRETTA in visione:

- binoculare di _____/10 occhio destro e di _____/10 occhio sinistro
- monoculare ANATOMICA/FUNZIONALE posseduta da un periodo SUFFICIENTE/NON SUFF. per consentire l'adattamento, di _____/10 all'occhio SINISTRO/DESTRO

- **PERCEPISCE** la voce di conversazione a m_____a destra e a m_____a sinistra SENZA/CON protesi acustica MONO/BIAURALE

POSSIEDE , in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici sufficientemente rapidi e regolari	SI	NO
---	----	----

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO / NON IDONEO⁽²⁾ per **CONFERMA** della patente di guida di categoria _____ con le seguenti indicazioni:

- NESSUNA PRESCRIZIONE
- OBBLIGO LENTI cod _____
- OBBLIGO PROTESI ACUSTICHE SX DX BILAT cod _____
- VALIDITA' DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a: _____

Annotazioni.....

data _____

Firma del medico certificatore

(1) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc

(2) In caso di giudizio di NON IDONEITA, 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