Modello IV.1 Art. 307

Attestato di idoneità psicofisica

MINISTERO DELLA SANITA'

LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI

_____

Visto l'art. 115, comma 2, lettera b) del Codice della strada

ATTESTA

che il Sig. _____

nato a _____ il _____

munito di patente di guida della categoria _____

rilasciata dalla Prefettura di _____

in data _____ e valida fino al _____

e di certificato di idoneità professionale tipo _____

rilasciato dall'Ufficio Provinciale di _____

visitato in data _____

possiede i requisiti fisici e psichici richiesti.

Il presente attestato scade il _____

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

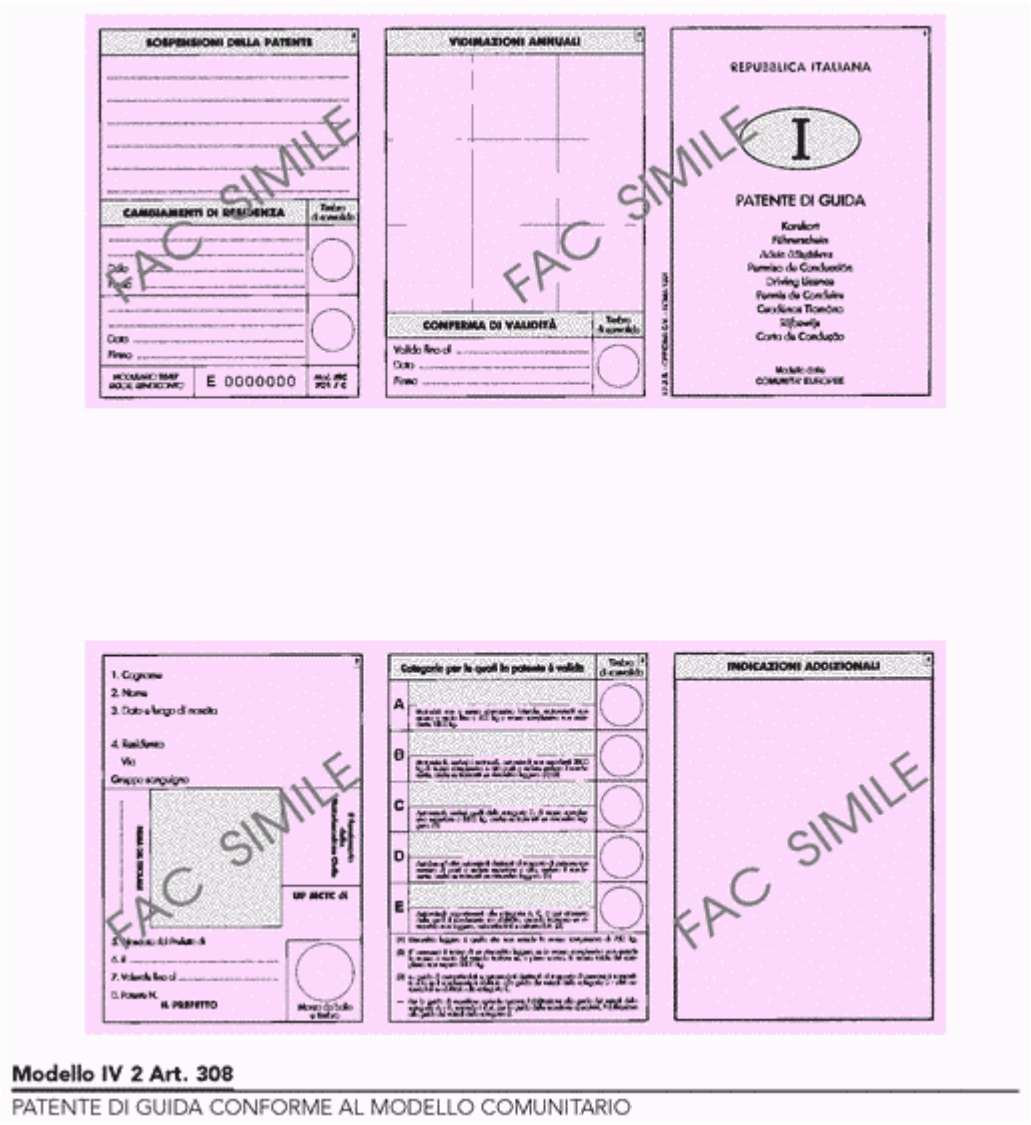
_____

Modello IV 1 Art. 307

ATTESTATO DI IDONEITÀ PSICOFISICA

Modello IV.2 Art. 308

Patente di guida conforme al modello comunitario

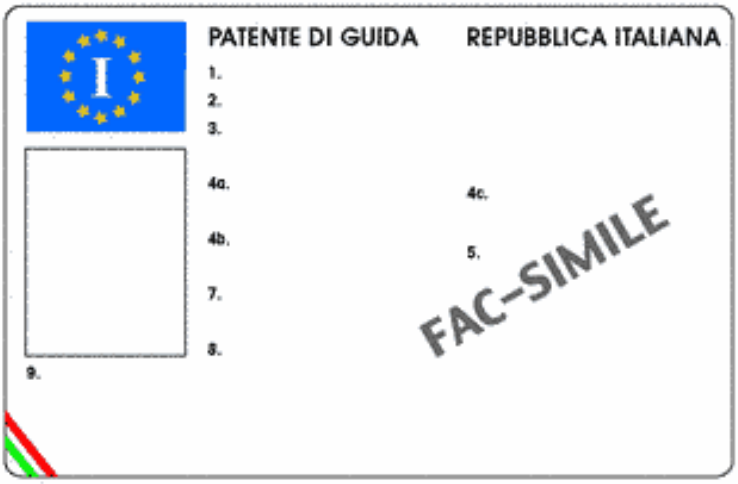


Modello IV 2 Art. 308

PATENTE DI GUIDA CONFORME AL MODELLO COMUNITARIO

Modello comunitario di patente di guida

D.M. 30 settembre 2003,n. 40T, Disposizioni comunitarie in materia di patente di guida e recepimento della direttiva 200/56/CE (in Gazz. Uff. 15 aprile 2004, n. 88)

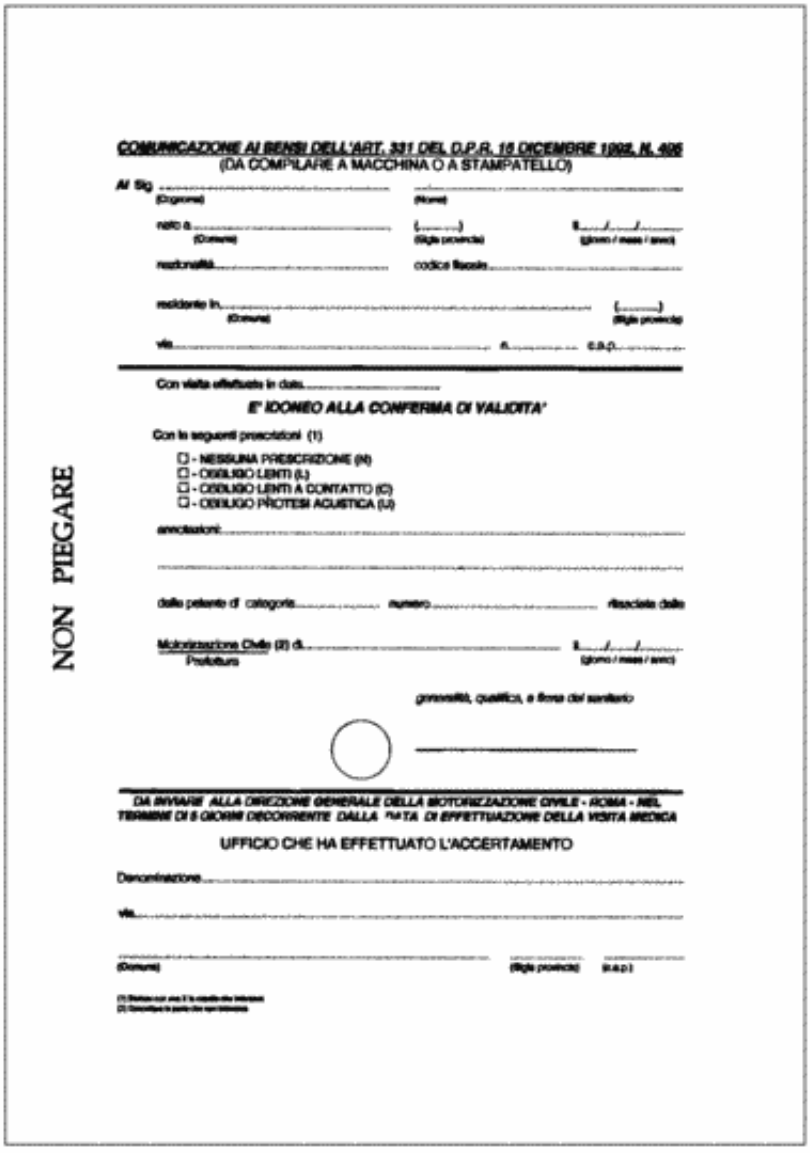


Modello IV.3 Art. 310

Certificato di abilitazione preofessionale (CAP)

Modello IV.4 Art. 331

Comunicazione



NON PIEGARE

COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 331 DEL D.P.R. 16 DICEMBRE 1992, N. 495
(DA COMPILARE A MACCHINA O A STAMPATELLO)

Al Sig. ....
(Cognome) (Nome)

nato a ..... (.....) il ...../...../.....
(Comune) (Sigla provincia) (giorno / mese / anno)

nazionalità ..... codice fiscale .....

residente in ..... (.....)
(Comune) (Sigla provincia)

via ..... n. ..... c.a.p. .....

Con visita effettuata in data .....

E' IDONEO ALLA CONFERMA DI VALIDITA'

Con le seguenti prescrizioni (1)

☐ - NESSUNA PRESCRIZIONE (N)
☐ - OBBLIGO LENTI (L)
☐ - OBBLIGO LENTI A CONTATTO (C)
☐ - OBBLIGO PROTESI ACUSTICA (U)

annotazioni: .....

.....

della patente di categoria ..... numero ..... rilasciata dalla

Motorizzazione Civile (2) di ..... il ...../...../.....
Prefettura (giorno / mese / anno)

generalità, qualifica, e firma del sanitario

.....

DA INVIARE ALLA DIREZIONE GENERALE DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE - ROMA - NEL TERMINE DI 5 GIORNI DECORRENTE DALLA DATA DI EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICA

UFFICIO CHE HA EFFETTUATO L'ACCERTAMENTO

Denominazione .....

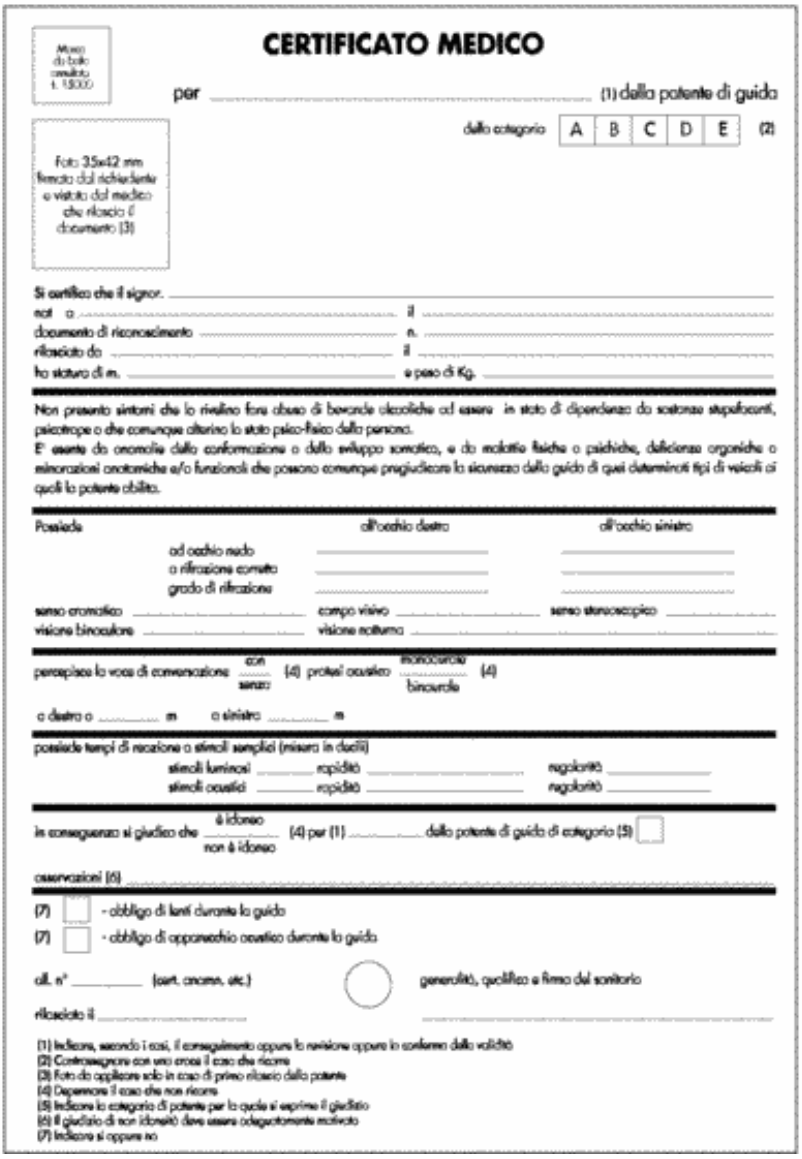
via .....

....
(Comune) (Sigla provincia) (c.a.p.)

(1) Barrare con una X la casella che interessa
(2) Specificare la parola che non interessa

Modello IV.5 Art. 331

Certificato medico



Marca da bollo annullata € 15,00

CERTIFICATO MEDICO

per ..... (1) della patente di guida

della categoria A B C D E (2)

Foto 35x42 mm firmata dal richiedente e vistata dal medico che rilascia il documento (3)

Si certifica che il signor. .....

nat a ..... il .....

documento di riconoscimento ..... n. .....

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

ha statura di m. ..... e peso di Kg. .....

Non presenta sintomi che lo rivelino fora abuso di bevande alcooliche ad 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		
o rifrazione corretta		
grado di rifrazione		

senso cromatico ..... campo visivo ..... senso stereoscopico .....

visione binoculare ..... visione notturna .....

percepisca la voce di conversazione con / senza (4) protesi acustica monoauricolare / binaurale (4)

a destro a ..... m a sinistro ..... m

possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decimi)

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

all. n° ..... (cert. anamn. etc.)

rilasciato il .....

generalità, qualifica e firma del sanitario

.....

(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

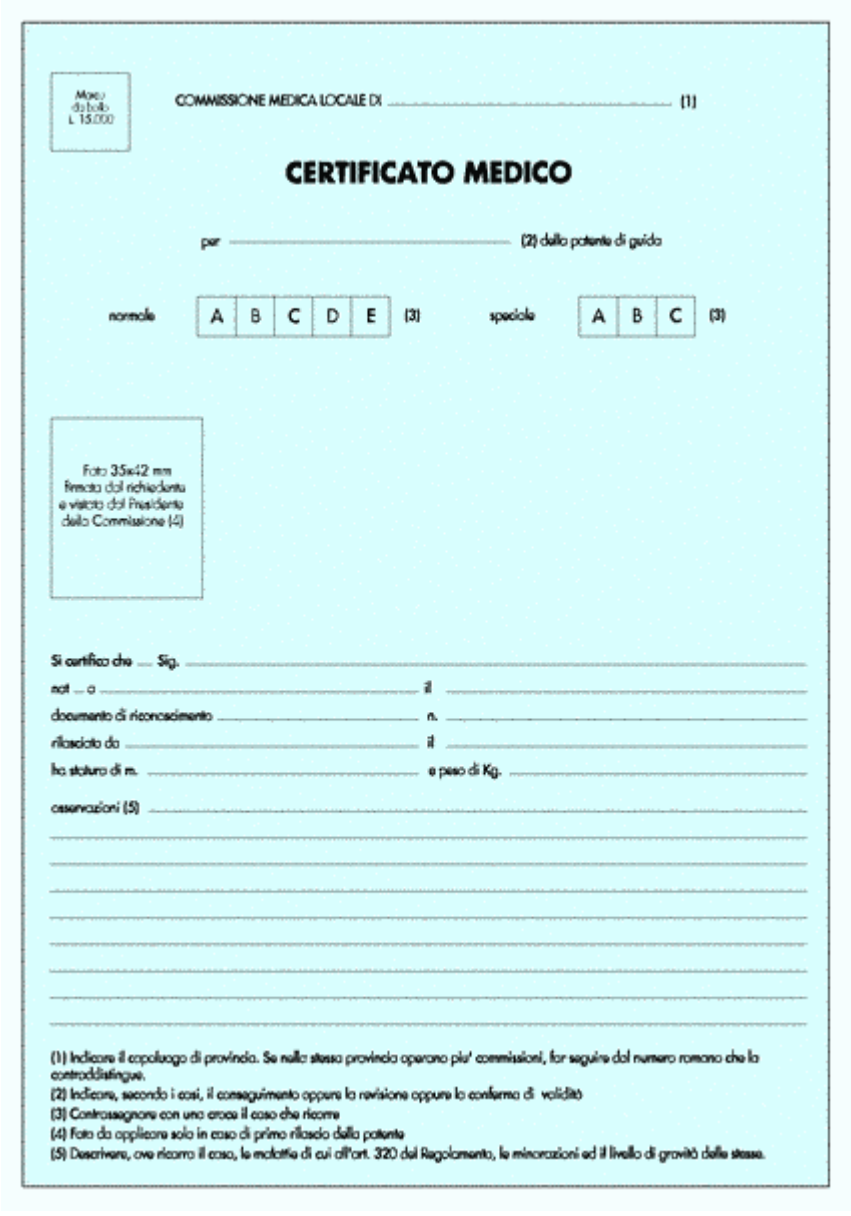
(6) Il giudizio di non idoneità deve essere adeguatamente motivato

(7) Indicare si oppure no

Modello IV.6 Art. 331

Certificato commissione medica legale

(Questo certificato deve essere stampato su carta di colore verde)



Marca da bollo L. 15.000

COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI ..... (1)

CERTIFICATO MEDICO

per ..... (2) della patente di guida

normale | A | B | C | D | E | (3) speciale | A | B | C | (3)

Foto 35x42 mm firmata dal richiedente e vistata dal Presidente della Commissione (4)

Si certifica che il Sig. .....

nat... a ..... il .....

documento di riconoscimento ..... n. .....

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

ha statura di m. ..... e peso di Kg. .....

osservazioni (5) .....

(1) Indicare il capoluogo di provincia. Se nella stessa provincia operano piu' commissioni, far seguire dal numero romano che la contraddistingue.
(2) Indicare, secondo i casi, il conseguimento oppure la revisione oppure la conferma di validità
(3) Contrassegnare con una croce il caso che ricorre
(4) Foto da applicare solo in caso di primo rilascio della patente
(5) Descrivere, ove ricorra il caso, le malattie di cui all'art. 320 del Regolamento, le minorazioni ed il livello di gravità delle stesse.

Possiede — all'occhio destro — all'occhio sinistro

ad occhio nudo
o rifrazione corretta
grado di rifrazione (1)

senso cromatico ____ campo visivo ____ senso stereoscopico ____
visione binoculare ____ visione notturna ____

percepisce la voce di conversazione con / senza (2) protesi acustica monoculare / binaurale (2)

a destra, a ____ m a sinistra, a ____ m

ottiene i seguenti tempi di reazione

a stimoli semplici (misura in decili) luminosi — rapidità ____ regolarità ____
acustici — rapidità ____ regolarità ____

a stimoli multipli, a scelta, anche agli effetti del comportamento in situazione sperimentale di allarme — sufficientemente / insufficientemente (2) — rapidi e regolari

presenta reazioni della personalità — normali - inadeguate (2)

presenta minorazioni invalidanti ☐ (3) — ascrivibili alla classe ☐ (4)

osservazioni ____

in conseguenza si giudica che è idoneo / non è idoneo (2) per la patente di guida normale / speciale (2) di categoria ☐ (5)

osservazioni (6) ____

PRESCRIZIONI

(3) ☐ - obbligo di lenti (o contatto) durante la guida

(3) ☐ - obbligo di apparecchio acustico durante la guida

(7) ☐ - protesi (ortesi)

(8) ☐ - adattamenti del veicolo e disposizioni dei comandi

osservazioni ____

ritirato il ____ — rilasciato il ____

Firma dell'interessato

allegati n° ____

La Commissione

Timbro della commissione

(1) Deve sempre essere indicato quando sussiste l'obbligo di fare uso delle lenti durante la guida
(2) Depennare il caso che non ricorre
(3) Indicare sì oppure no
(4) Fare riferimento alla classificazione ministeriale o descrivere nelle osservazioni
(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. Se sì la protesi deve essere descritta
(8) Fare riferimento alla codifica ministeriale oppure indicare nelle osservazioni i diversi adattamenti previsti indicandone i motivi