

CERTIFICATO MEDICO

FOTO FIRMATA
DAL RICHIEDENTE
E DAL MEDICO

PER RILASCIO DELLA PATENTE NAUTICA
 CONVALIDA

MARCA DA
BOLLO DA
14,62

Navigazione entro 12 miglia dalla costa

Limitata alle unità a motore

Navigazione senza alcun limite dalla costa

Per tutti i tipi di unità

Nave da diporto

Si certifica che il Sig. _____

Nat. _____ a _____ il _____

Documento riconoscimento _____ nr. _____

rilasciato da _____ il _____

ha statura di mt. _____ e peso di _____

Osservazioni: _____

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 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 possono comunque pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente richiesta e al limite di distanza dalla costa.

Possiede	all'occhio destro	all'occhio sinistro
ad occhio nudo	_____	_____
a rifrazione corretta	_____	_____
grado di rifrazione	_____	_____
senso cromatico	campo visivo: O.D. _____ O.S. _____	sensibilità al contrasto O.D. _____ O.S. _____
visione binoculare	visione crepuscolare - notturna O.D. _____ O.S. _____	

Percepisce la voce di conversazione _____ con _____
_____ senza _____ protesi acustica _____ monoaurale _____
_____ biaurale _____ a destra a metri _____ a sinistra a metri _____

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)

stimoli luminosi	rapidità _____	regolarità _____
stimoli acustici	rapidità _____	regolarità _____

In conseguenza si giudica che _____ **E' IDONEO** per il **CONSEGUIMENTO / CONVALIDA**
_____ **NON E' IDONEO**

della PATENTE NAUTICA di categoria "A" _____
per la navigazione entro 12 miglia dalla costa _____ limitata alle sole unità a motore
_____ senza alcun limite dalla costa _____ per tutti i tipi di unità

della PATENTE NAUTICA per nave da diporto

Eventuali limiti di durata: patente nautica limitata a ad anni _____ ai sensi del _____

Obbligo di lenti Obbligo di apparecchio acustico Adattamenti

Prescrizioni: _____

Allegati depositati agli atti: Dichiarazione anamnestica dell'interessato: _____

Verona, li _____

Ritirato il _____

Firma dell'interessato _____

Generalità, qualifica e firma del medico

