



CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO DELLA PATENTE NAUTICA
CONVALIDA

Marca da
bollo

| | | |
|---|--|--|
| A | Navigazione entro 12 miglia dalla costa | <input type="checkbox"/> Limitata alle unità a motore |
| C | | |
| A | Navigazione senza alcun limite dalla costa | <input type="checkbox"/> per tutti i tipi di unità |
| C | | |

| | |
|--------------------|---|
| Nave da diporto | B |
|--------------------|---|

Si certifica che il sig. _____
Nat ____ a _____ il _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____
Rilasciato da _____ il _____
Ha statura di m. _____ e peso di Kg. _____

non presenta sintomi che lo rivelino fare consumo abituale od essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psicofisico della persona. 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 possono comunque pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente richiesta e al limite di distanza della costa.

Possiede, in visione binoculare/monoculare un visus non corretto/corretto di

OS: _____

OD: _____

senso cromatico _____

campo visivo _____

sensibilità al contrasto _____

visione crepuscolare: _____

percepisce la voce di conversazione con protesi acustica monoaurale
senza biaurale
a destra a mt. _____ a sinistra a mt. _____

Possiede tempi di reazione _____ stimoli luminosi: rapidità _____ regolarità _____
a stimoli semplici/complessi (in decili) _____ stimoli acustici: rapidità _____ regolarità _____

in conseguenza si giudica che è idoneo per conseguimento
non idoneo convalida

☐ della patente nautica di categoria ☐ 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 ad anni ☐ ai sensi del D.M. n. 182 del 02-08-2016.

☐ Obbligo di lenti (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)

☐ Obbligo di apparecchio acustico ☐ adattamenti

Prescrizioni _____

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

Torino, lì _____ Generalità, qualifica del medico _____

Ritirato il _____ Firma dell'interessato _____