



Fotografia firmata dal richiedente e vistata dal medico che rilascia il documento (3)

CERTIFICATO MEDICO

per la CONFERMA della VALIDITA' DELLA PATENTE DI GUIDA

(1) della patente di guida
(2) della categoria: A B C D E

Sydney, _____
(data del certificato)

Si certifica che il/la Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ documento di riconoscimento n. _____
rilasciato da _____ il _____
ha statura di metri _____ e peso di Kg. _____

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.
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 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 | _____ | _____ |
| a rifrazione corretta | _____ | _____ |
| grado di rifrazione | _____ | _____ |
| senso cromatico _____ campo visivo _____ senso stereoscopico _____ | | |
| visione binoculare _____ visione notturna _____ | | |

percepisce la voce di conversazione con/senza (4) protesi acustica monoaurale/binaurale (4)
a destra a _____ m. a sinistra _____ m.

possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)
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
- (8) obbligo di apparecchio acustico durante la guida

Patente n. _____  generalità, qualifica, timbro e firma del medico

Rilasciata il _____

- (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 sì oppure no

Consolato Generale d'Italia Sydney

Visto per la legalizzazione della firma del Dr. _____, medico abilitato.

MEDICI ABILITATI AL RILASCIO DEL CERTIFICATO MEDICO PER IL RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA

| | |
|------------------------------|--|
| Dr. Ignazio ALBERTI | 315 Homer Street, EARLWOOD (Tel: 9554 6111 – 9558 0060) |
| Dr. Walter DI BARTOLO | Burns Street, HILLSTON P.O. Box 65 (Tel: (02) 6967 2198) |
| Dr. Luigi GENUA | Edensor Park Medical Centre, EDENSOR PARK (Tel: 9823 4333) |
| Dr. John A. GULLOTTA | 165a Perry Street, MATRAVILLE (Tel: 9311 2525) |
| Dr. Angelo MAZZAFERRO | 660 Princes Highway, KOGARAH (Tel: 9553 6222) 1-3 Queen Street, ARNCLIFFE (Tel: 9597 3366) |
| Dr. Agostino RAGUSA | 4 Burleigh Street, BURWOOD (Tel: 9745 4922) |
| Dr. Anthony RESTIFO | 4/6 Railway Parade, BURWOOD (Tel: 9744 7463) Suite 12A, 1-5 Jacobs Street, BANKSTOWN (Tel: 9708 2507) |
| Dr. Tullio SAVIO | 35 Cleary Street, HAMILTON (Tel: 4962 1363) |
| Dr. Rino TRINGALI | 64 Norton Street, LEICHHARDT (Tel: 9560 4894) |