

Timbro della struttura che esegue la prestazione

Al Signor Presidente  
della Commissione Medica Locale  
Patenti di Guida di  
GENOVA

**REQUISITI VISIVI PER LA GUIDA  
GRUPPO 1  
(patenti A, B, B + E e delle sottocategorie A1 e B1)**

Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo: \_\_\_\_\_

Patente Categoria:  **A**  **B**  **B + E**

Monocolo:  **da meno di sei mesi**  **da più di sei mesi**

Occhio residuo senza patologie affetto da \_\_\_\_\_

Rischio di progressione della patologia:  assente  presente

**ACUTEZZA VISIVA**

Acutezza visiva con la miglior correzione ottica tollerata (*richiesta: 8/10*):

Ottenuta: \_\_\_\_\_ con la correzione in uso con la seguente correzione

**OD** sf \_\_\_\_\_ cil \_\_\_\_\_ asse - **OS** sf \_\_\_\_\_ cil \_\_\_\_\_ asse

## **CAMPO VISIVO BINOCULARE**

Estensione orizzontale complessiva (*richiesta: 120°*):

ottenuta: \_\_\_\_\_

Estensione verso destra (*richiesta: 60°*):

ottenuta: \_\_\_\_\_

Estensione verso sinistra (*richiesta: 60°*):

ottenuta: \_\_\_\_\_

Estensione verso alto (*richiesta: 25°*):

ottenuta: \_\_\_\_\_

Estensione verso basso (*richiesta: 30°*):

ottenuta: \_\_\_\_\_

Difetti nei 30° centrali: (*richiesta: NO*) :

ottenuta: \_\_\_\_\_

## **VISIONE CREPUSCOLARE**

(*richiesta: SUFFICIENTE*):

ottenuta: \_\_\_\_\_

## **TEMPO DI RECUPERO DOPO ABBAGLIAMENTO**

(*richiesto: IDONEO*):

ottenuto: \_\_\_\_\_

## **SENSIBILITA' AL CONTRASTO**

(*richiesto: IDONEO*)

ottenuta: \_\_\_\_\_

## **DIPLOPIA**

(*richiesto: NO*) - :

ottenuta: \_\_\_\_\_

## **ATTENZIONE**

Le condizioni oculari durante l'esecuzione degli esami non possono corrispondere alle condizioni oculari che si creano nelle situazioni di guida.

La presente certificazione comprensiva della patologia a carico dell'apparato visivo del richiedente viene rilasciata direttamente al medesimo su sua specifica richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma