

Annesso I

Marca da bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO
CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C Navigazione entro 12 miglia dalla costa	<input type="checkbox"/> limitata alle sole unità a motore
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C Navigazione senza alcun limite dalla costa	<input type="checkbox"/> per qualsiasi tipo di unità

B
Nave da diporto

Si certifica chel.... Sig.
 nat.... a prov./Stato
 il e residente a
 prov./Stato documento di riconoscimento
 n. rilasciato da
 il di statura cm. e peso kg.

Osservazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

Non presenta sintomi che rivelino un suo consumo abituale o un suo 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 possono pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente e al limite di distanza dalla costa richieste.



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

O.S.: O.D.:

senso cromatico: campo visivo:

sensibilità al contrasto: visione crepuscolare:

Percepisce la voce di conversazione con monoaurale
..... senza binaurale
a sinistra a metri a destra a metri

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici e complessi (misura in decili)
stimoli luminosi rapidità regolarità
stimoli acustici rapidità regolarità

È IDONEO

In conseguenza si giudica che per il conseguimento / la convalida

NON È IDONEO

della patente nautica di categoria per la navigazione entro 12 miglia dalla costa limitata alle sole unità a motore
..... per la navigazione senza alcun limite dalla costa per qualsiasi tipo di unità

della patente nautica di categoria B per nave da diporto

limitata ad anni di validità ai sensi del

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,

....., li

<p>Ritirato il</p> <p>..... (firma dell'interessato)</p> <p>Avverso il giudizio della commissione medica locale è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro.</p>	<p>Generalità, qualifica e firma del medico</p> <p>OPPURE</p> <p>LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE</p> <p>Presidente</p> <p>Membro</p> <p>Membro</p>
---	---

