

# CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO DELLA PATENTE NAUTICA  
CONVALIDA

Marca  
da  
bollo

Foto

A  C

Navigazione entro 12 miglia dalla costa

limitata alle sole  
unità a motore

A  C

Navigazione senza alcun limite dalla costa

per qualsiasi tipo  
di unità

B  
nave da  
diporto

Si certifica che ..... I ..... 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 ..... protesi acustica 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 .....

In conseguenza si giudica che È IDONEO 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 per qualsiasi tipo di unità  
senza alcun limite dalla costa

della patente nautica di categoria B per nave da diporto

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, .....  
.....

....., lì .....

Ritirato il .....

(firma dell'interessato)



(Generalità, qualifica e firma del medico)