|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE*** ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 Foggia**Portale web**: **https**://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia**https**://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/dipartimenti\_det/-/journal\_content/56/36044/dipartimento-di-prevenzio-2**e mail**: commissionepatentispeciali@aslfg.it  |  **Mod.n.09/2025****Pagina 1 di 1**  |
| **RELAZIONE OCULISTICA AI FINI DELLA IDONEITA’ ALLA GUIDA** Redatta in conformità al Decreto 30/11/2020 – (G.U. n.301 del 27.12.2010 rilasciata da specialista in oculistica |

Si certifica che il/la/Sig./Sig.ra nato/a a prov. Il / /

Sulla base della visita oculistica presenta:

|  |
| --- |
| 1. **ACUITA’ VISIVA O.D. O.S.**
 |

NATURALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORRETTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRADO DI RIFRAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **VISIONE IN RELAZIONE ALL’ILLUMINAZIONE CREPUSCOLARE**
 |

SUFFICIENTE **ʘ** SÌ **ʘ** NO

|  |
| --- |
| 1. **TEMPO DI RECUPERO DOPO ABBAGLIAMENTO**
 |

**ʘ**  IDONEO **ʘ** NON IDONEO

|  |
| --- |
| 1. **SENSIBILITA’ AL CONTRASTO**
 |

**ʘ** IDONEO **ʘ** NON IDONEO

|  |
| --- |
| 1. **CAMPO VISIVO BINOCULARE** (**per patenti cat. A – B – CIG):**
 |

1. Possiede una visione in orizzontale di almeno 160 gradi, con estensione 60 gradi verso sinistra

20 gradi verso l’alto ed il basso  **ʘ** SÌ **ʘ** NO

50 gradi verso destra o verso sinistra **ʘ** SÌ **ʘ** NO

1. Sono presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto l’asse centrale **ʘ** SÌ **ʘ** NO

|  |
| --- |
| 1. **CAMPO VISIVO BINOCULARE (per patenti cat. C – D – CE – DE):**
 |

1. Possiede una visione in orizzontale di almeno 160 gradi, con estensione 80 gradi verso sinistra **ʘ** SÌ **ʘ** NO

e verso destra e di 25 gradi verso l’alto e di 30 gradi verso il basso

1. Sono presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all’asse centrale **ʘ** SÌ **ʘ** NO

|  |
| --- |
| 1. **CAMPO VISIVO MONOCOLO funzionale e/o Organico ( per patenti ex art. 325 del c.d.s.):**
 |

1. Possiede una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione 60 gradi verso sinistra **ʘ** SÌ **ʘ** NO

e verso destra e di 25 gradi verso l’alto e di 30 gradi verso il basso

1. Sono presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all’asse centrale **ʘ** SÌ **ʘ** NO

**I punti 1 – 2 – 3 – devono essere obbligatoriamente compilati per tutti i casi**

**I punti 5 – 6 – 7 – devono essere compilati, alternativamente, in base alle esigenze del richiedente**

**DIAGNOSI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **TIMBRO E FIRMA DELL’OCULISTA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_