



**REQUISITI VISIVI: COMPILATO A CURA DEL MEDICO OCULISTA**  
**AI SENSI DEL D. Lgs. n. 59 del 18.04.2011 e della L. n. 115 del 29.07.15**

**SI CERTIFICA CHE:**

il/la signor/ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**PRESENTA LE SEGUENTI FUNZIONI VISIVE**

**1. campo visivo**

**a. binoculare per patenti gruppo I (AM, A, A1, A2, B1, B, BE)**

Requisiti minimi previsti: visione orizzontale di almeno 120 gradi con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto o verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi rispetto all'asse centrale:

---

**b. in soggetti monocoli**

Requisiti minimi previsti: visione in orizzontale di almeno 120 gradi con estensione di non meno di 60 gradi verso destra o verso sinistra e di 25 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale:

---

**c. binoculare per patenti gruppo II (C, CE, C1, C1E, D, DE, D1, D1E)**

Requisiti minimi previsti: visione orizzontale di almeno 160 gradi con estensione di non meno di 80 gradi verso destra o verso sinistra e di 30 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale:

---

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <b>2. illuminazione crepuscolare:</b>                   | <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> non sufficiente |
| <b>3. tempo di recupero dopo l'abbagliamento:</b>       | <input type="checkbox"/> idoneo      | <input type="checkbox"/> non idoneo      |
| <b>4. sensibilità al contrasto:</b>                     | <input type="checkbox"/> idonea      | <input type="checkbox"/> non idonea      |
| <b>5. presenza di diplopia:</b>                         | <input type="checkbox"/> sì          | <input type="checkbox"/> no              |
| <b>6. presenza di malattia degli occhi progressiva:</b> | <input type="checkbox"/> sì          | <input type="checkbox"/> no              |

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma dell'interessato** \_\_\_\_\_  
*per presa visione e ritiro certificazione*

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma del Medico Specialista** \_\_\_\_\_  
*Oculista*