



Allegato 2b della direttiva “Esami di idoneità medica”

Generalità del/della candidato/a o del/della conducente di veicoli motore:	
Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
Impresa:	
No licenza:	
Risultato:	
Esame di idoneità medica eseguito da:	
Nome dell'istituto:	
Data dell'esame:	
<input type="checkbox"/> Livello di requisiti 1	
<input type="checkbox"/> Livello di requisiti 2	
<input type="checkbox"/> Primo esame di idoneità medica ai sensi dell'art. 13 OVF	
<input type="checkbox"/> Controllo medico periodico ai sensi dell'art. 40 OVF	
<input type="checkbox"/> Esame medico straordinario/valutazione ai sensi degli art. 12 e 13 OASF	
<input type="checkbox"/> idoneo/a	
<input type="checkbox"/> Ausilio ottico (b.1)	<input type="checkbox"/> Ausilio acustico (b.2)
<input type="checkbox"/> non idoneo/a	
<input type="checkbox"/> idoneo/a con riserva	
<input type="checkbox"/> Frequenza ridotta → prossimo esame fino al:	
<input type="checkbox"/> Limitazioni:	
	<input type="checkbox"/> Deuteranomalia / Percezione ridotta del verde (zona di guida stabilita dall'impresa secondo l'allegato 5a)
	<input type="checkbox"/> Protanomalia / Percezione ridotta del rosso (zona di guida stabilita dall'impresa secondo l'allegato 5a)
Osservazioni:	
Esame di idoneità medica valido fino:	
Luogo, data, timbro e firma del medico di fiducia:	