

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"/> Deuteranomalìa / Percezione ridotta del verde (zona di guida stabilita dall'impresa secondo l'allegato 5a)
		<input type="checkbox"/> Protanomalìa / 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:		