



FAC-SIMILE

**CERTIFICATO MEDICO
PER L'IDONEITA' FISICA
ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI**

SI CERTIFICA

che il Sig.....
nato a
residente a
vian°.....
documento valido di identità

VISITATO IN DATA ODIERNA:

- è affetto da malattie fisiche o psichiche **sì** **no**
- presenta deficienze organiche che gli impediscono di eseguire con sicurezza operazioni relative all'impiego di gas tossici **sì** **no**
- presenta segni di intossicazione alcolica o da sostanze stupefacenti **sì** **no**
- ha integri il senso olfattorio e la pervietà nasale **sì** **no**
- percepisce la voce afona ad almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio **sì** **no**

VISUS (TAVOLA DI SNELLEN) *complessivamente non inferiore a 14/10, purché da un occhio non inferiore 5/10*

<i>naturale</i>	o. dx.....	o. SX.....
<i>corretto</i>	o. dx.....	o. SX.....
<i>grado rifrazione lenti</i>	o. dx.....	o. SX.....

⇒ **SI RITIENE PERTANTO IDONEO ALL'IMPIEGO DI GAS TOSSICI** **sì** **no**

⇒ **CON OBBLIGO DI LENTI** **sì** **no**

.....
(città) (data)

Il medico certificante
(timbro e firma)

.....