

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig. / la Sig.ra _____

C.F. _____

da me in cura **da più / da meno** (cancellare la voce che non interessa) di un anno, **presenta / non presenta** (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio – circolatorio (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Sistema neurologico (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici: sindromi emofiliache, linfomi, leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data _____

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico