

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:

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> (se si specificare diagnosi)	Si	NO
<u>Diabete mellito.</u>	Si	NO
<u>Sistema endocrino:</u> (se si specificare diagnosi)	Si	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se si specificare diagnosi)	Si	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se si specificare diagnosi)	Si	NO
<u>Epilessia</u>	Si	NO
<u>Condizioni di di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (cancellare la voce che non interessa)	Si	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> Insufficienza renale grave	Si	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemia in trattamento (specificare)	Si	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	Si	NO
<u>Organi di senso:</u> 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