

Si certifica, sulla scorta dei risultati 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 dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (se SI, specificare tipo di dipendenza)	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> Insufficienza renale grave	SI	NO
<u>Sangue e organi emopoietici:</u> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (<i>specificare</i>)	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