

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:

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

[Digitare il testo]