

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

che il Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

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:

(*barrare la voce **che** interessa*)

Apparato cardio-circolatorio (<i>se si, specificare diagnosi</i>): _____	Si	No
Diabete Mellito	Si	No
Sistema endocrino (<i>se si, specificare diagnosi</i>): _____	Si	No
Sistema neurologico (<i>se si, specificare diagnosi</i>): _____	Si	No
Patologie psichiche (<i>se si, specificare diagnosi</i>): _____	Si	No
Epilessia	Si	No
Condizioni di dipendenza da: alcool/sostanze stupefacenti e psicotrope	Si	No
Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave	Si	No
Sangue ed organi emopoietici: sindromi emofiliche, linfomi o 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 eventuale specializzazione posseduta e
numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del medico
