

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: <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 : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: <i>(cancellare la voce che non interessa)</i> | SI | NO |
| Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave | SI | NO |
| Sangue ed organi emopoietici: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i> | 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