

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

il Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

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) condizioni morbose pregresse o attuali che possono costituire un rischio per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio (se sì, specificare diagnosi)	SÌ	NO
Diabete mellito	SÌ	NO
Sistema endocrino (se sì, specificare diagnosi)	SÌ	NO
Sistema neurologico (se sì, specificare diagnosi)	SÌ	NO
Patologie psichiche (se sì, specificare diagnosi)	SÌ	NO
Epilessia	SÌ	NO
Condizioni di dipendenza da: Alcol / Sostanze stupefacenti e/o psicotrope (cancellare la voce che non interessa)	SÌ	NO
Apparato uropoietico (trapianto renale; dialisi; insufficienza renale grave) (specificare)	SÌ	NO
Sangue ed organi emopoietici: sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SÌ	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche e/o funzionali (specificare)	SÌ	NO
Organi di senso: patologie visive evolutive o sordità (specificare)	SÌ	NO
Altro (specificare)	SÌ	NO

Data _____

Timbro del Medico

(con indicazione di eventuale specializzazione posseduta
e n. regionale se Medico di Medicina Generale)

Firma del Medico