

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:

<u>Apparato cardio-circolatorio</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Diabete Mellito</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Sistema neurologico</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Patologie psichiche</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Epilessia</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope</u> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> insufficienza renale grave	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici</u> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<u>Apparato osto – 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