

CERTIFICATO ANAMNESTICO

(Legge n.120 del 29 Luglio 2010)

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

che il/la 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:

<u>Apparato cardio-circolatorio</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Diabete mellito</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Sistema endocrino</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Sistema neurologico</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Patologie psichiche</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Epilessia</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da: alcool / sostanze stupefacenti e psicotrope</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Apparato osto-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO
<u>Organi di senso: gravi patologie visive evolutive</u> <i>se SI specificare</i>	SI	NO

Data _____

timbro del medico
con eventuale specializzazione se posseduta
e numero regionale se medico di assistenza primaria

firma del medico