

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) **progresse condizioni morbose**

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

| | | |
|--|----|----|
| Apparato cardio-circolatorio: (se sì, specificare diagnosi) | SI | NO |
| Diabete mellito | SI | NO |
| Sistema endocrino: (se sì, specificare diagnosi) | SI | NO |
| Sistema neurologico: (se sì, specificare diagnosi) | SI | NO |
| Patologie psichiche: (se sì, specificare diagnosi) | SI | NO |
| Epilessia | SI | NO |
| Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: (cancellare la voce che non interessa) | 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 indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico