

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: <small>(se sì, specificare diagnosi)</small>	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino: <small>(se sì, specificare diagnosi)</small>	SI	NO
Sistema neurologico: <small>(se sì, specificare diagnosi)</small>	SI	NO
Patologie psichiche: <small>(se sì, specificare diagnosi)</small>	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: <small>(cancellare la voce che non interessa)</small>	SI	NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <small>(specificare)</small>	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