

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