

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> (se si specificare diagnosi) | SI | NO |
| <u>Diabete mellito</u> | SI | NO |
| <u>Sistema endocrino:</u> (se si specificare diagnosi) | SI | NO |
| <u>Sistema neurologico:</u> (se si specificare diagnosi) | SI | NO |
| <u>Patologie psichiche:</u> (se si specificare diagnosi) | SI | NO |
| <u>Epilessia</u> | SI | NO |
| <u>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (cancellare la voce che non interessa) | 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 (<i>specificare</i>) | SI | NO |
| <u>Apparato osteo-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