

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il sig/ la sig.ra

_____ con codice fiscale _____

da me in cura da più / da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno, presenta/non presenta pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio: se si specificare diagnosi	si	no
Diabete Mellito:	si	no
Sistema endocrino: se si specificare diagnosi	si	no
Sistema neurologico: se si specificare diagnosi	si	no
Patologie psichiche: se si specificare diagnosi	si	no
Epilessia:	si	no
Condizioni di dipendenza da alcool/sostanze stupefacenti e psicotrope: cancellare la voce che non interessa	si	no
Apparato urogenitale:	si	no
Sangue ed organi emopoietici: sindromi emofilatiche, linfomi o leucemia	si	no
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	si	no
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	si	no
Altre patologie non comprese nel presente elenco: specificare	si	no

DATA _____

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico