

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 alla guida, in riferimento a:

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

.....