

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:

<b><u>Apparato cardio-circolatorio:</u></b> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Diabete mellito</u></b>	SI	NO
<b><u>Sistema endocrino:</u></b> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Sistema neurologico:</u></b> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Patologie psichiche:</u></b> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Epilessia</u></b>	SI	NO
<b><u>Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u></b> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<b><u>Apparato uro-genitale:</u></b> insufficienza renale grave	SI	NO
<b><u>Sangue ed organi emopoietici:</u></b> Sindromi emolifiche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<b><u>Apparato osteo-articolare:</u></b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<b><u>Organi di senso:</u></b> 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**