

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 PIU' / DA MENO * di un anno,

PRESENTA / NON PRESENTA * **PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE**

CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, in riferimento a:

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

Data

Timbro del Medico **

Firma del Medico

* cancellare la voce che non interessa

** con indicazione eventuale specializzazione posseduta