

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./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>APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO:</b> (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>DIABETE MELLITO</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>SISTEMA ENDOCRINO:</b> (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>SISTEMA NEUROLOGICO:</b> (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>PATOLOGIE PSICHICHE:</b> (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>EPILESSIA</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA:</b> ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>APPARATO URO GENITALE:</b> insufficienza renale grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI:</b> (sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>APPARATO OSTEO-ARTICOLARE:</b> (gravi alterazioni anatomiche o funzionali)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>ORGANI DI SENSO:</b> (gravi patologie visive evolutive)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DATA ..... / ..... / .....

TIMBRO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_