

Certifico, 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:

<u>APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>DIABETE MELLITO</u>	SI	NO
<u>SISTEMA ENDOCRINO:</u> (se si specificare diagnosi)		
SI	NO	
<u>SISTEMA NEUROLOGICO:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>PATOLOGIE PSICHICHE:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>EPILESSIA</u>	SI	NO
<u>CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA:</u> ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	SI	NO
<u>APPARATO URO GENTALE:</u> insufficienza renale grave	SI	NO
<u>SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI:</u> (sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento)	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

FIRMA DEL MEDICO
