Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,che il Signor/ la Signora

COGNOME

NOME **SESSO**

COMUNE DI NASCITA **DATA DI NASCITA** **PROVINCIA**

STATO **CODICE FISCALE** **CITTADINANZA**

☐ **Da me in cura da più di un anno** ☐ **Da me in cura da meno di un anno**

☐ **Presenta pregresse condizioni morbose** ☐ **Non presenta pregresse condizioni morbose**

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a :

Apparato cardio-circolatorio: **(se si, specificare diagnosi)**	**si**	**no**
Diabete mellito:	**si**	**no**
Sistema endocrino: **(se si, specificare diagnosi)**	**si**	**no**
Sistema neurologico: **(se si, specificare diagnosi)**	**si**	**no**
Patologie psichiche: **(se si, specificare diagnosi)**	**si**	**no**
Epilessia	**si**	**no**
Condizioni di dipendenza da: alcol / sostenze stupefacenti e psicotrope : **(cancellare la voce che non interessa)**	**si**	**no**
Apparato uro-genitale: **(insufficienza renale grave)**	**si**	**no**
Sangue ed organi emopoietici: **sindromi emofilitiche, linfomi o leucemie in trattamento: (*specificare*)**	**si**	**no**
Apparato osteo-articolare: **gravi alterazioni anatomiche o funzionali**	**si**	**no**
Organi di senso: **gravi patologie visive evolutive**	**si**	**no**

Data ……

Firma del Medico

Timbro del medico
(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)