

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE
IL/LA SIG./SIG.RA _____

Codice FISCALE _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

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:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO : (Se sì, specificare diagnosi) _____	SÌ	NO
DIABETE MELLITO	SÌ	NO
SISTEMA ENDOCRINO: (Se sì, specificare diagnosi) _____	SÌ	NO
SISTEMA NEUROLOGICO: (Se sì, specificare diagnosi) _____	SÌ	NO
PATOLOGIE PSICHICHE: (Se sì, specificare diagnosi) _____	SÌ	NO
EPILESSIA	SÌ	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (Cancellare la voce che non interessa)	SÌ	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SÌ	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare) _____	SÌ	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SÌ	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SÌ	NO

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO (con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)	FIRMA DEL MEDICO
---	-------------------------