

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO,

CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____

CODICE FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIÙ / DA MENO (cancellare la voce che NON interessa) DI UN ANNO,

PRESENTE / 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: <input type="checkbox"/> ALCOL / <input type="checkbox"/> 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
--	-------------------------