

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

che il Sig. / la Sig.ra \ \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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><u>Apparato cardio-circolatorio:</u></b><br>(se si, specificare diagnosi)   | SI | NO |
| <b><u>Diabete mellito</u></b>  | SI | NO |
| <b><u>Sistema endocrino:</u></b><br>(se si, specificare diagnosi)  | SI | NO |
| <b><u>Sistema neurologico:</u></b><br>(se si, specificare diagnosi)  | SI | NO |
| <b><u>Patologie psichiche:</u></b><br>(se si, specificare diagnosi)  | SI | NO |
| <b><u>Epilessia</u></b>  | SI | NO |
| <b><u>Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u></b><br>(se si, specificare quali) | SI | NO |
| <b><u>Apparato uro-genitale:</u></b> Insufficienza renale grave  | SI | NO |
| <b><u>Sangue ed organi emopoietici:</u></b> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento<br>(specificare)  | SI | NO |
| <b><u>Apparato osteo-articolare:</u></b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali                                   | SI | NO |
| <b><u>Organi di senso:</u></b> gravi patologie visive evolutive<br>(se si, specificare diagnosi)                     | SI | NO |

Data .....

**Timbro del Medico**

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

**Firma del Medico**