

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE  
IL/LASIG./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:

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
---	------------------