

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il Sig./la Sig.ra

cognome e nome

codice fiscale

da me in cura da

PIU' DI UN ANNO

MENO DI 1 ANNO

PRESENTA

NON PRESENTA

PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
DIABETE MELLITO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
SISTEMA ENDOCRINO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
APPARATO NEUROLOGICO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
PATOLOGIE PSICHICHE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
EPILESSIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA ALCOL/SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
APPARATO UROGENITALE (INSUFFICIENZA RENALE GRAVE)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI (Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
APPARATO OSTEOARTICOLARE (gravi alterazioni anatomiche o funzionali)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	
ORGANI DI SENSO (gravi patologie visive evolutive)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
SE SI SPECIFICARE >	<input type="text"/>	

DATA

TIMBRO DEL MEDICO

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

FIRMA DEL MEDICO