

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

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

C.F. \_\_\_\_\_

Da me in cura  da meno di un anno  da più di un anno  
 presenta  non presenta

condizioni morbose pregresse o in atto che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

<b><u>Apparato cardio-circolatorio:</u></b> <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b><u>Diabete mellito</u></b>	SI	NO
<b><u>Sistema endocrino:</u></b> <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b><u>Sistema neurologico:</u></b> <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b><u>Patologie psichiche:</u></b> <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<b><u>Epilessia</u></b>	SI	NO
<b><u>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u></b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>	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 <i>(specificare)</i>	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	SI	NO

Data .....

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

**Timbro del Medico**  
(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

**Firma del Medico**