

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 PIU' / DA MENO (cancellare la voce che NON interessa) DI UN ANNO,

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

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (Se si, specificare diagnosi)	SI	NO
DIABETE MELLITO	SI	NO
SISTEMA ENDOCRINO (Se si, specificare diagnosi)	SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (Se si, specificare diagnosi)	SI	NO
EPILESSIA	SI	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: <input type="checkbox"/> ALCOL / <input type="checkbox"/> SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SI	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi, o leucemie in trasferimento (specificare)	SI	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale e medico di assistenza primaria	FIRMA DEL MEDICO
---	------------------