

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 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)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sistema endocrino: (Se sì, specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sistema neurologico: (se sì, specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Patologie psichiche: (se sì, specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Epilessia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: (cancellare la voce che non interessa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disturbi del sonno: Sindrome delle Apnee Ostruttive Notturne (OSAS)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data

Timbro del Medico

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

Firma del Medico