

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:

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

Data .....

**Timbro del Medico**

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

**Firma del Medico**