

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> (se sì, specificare diagnosi)		
	SI	NO
<b>Diabete mellito</b>		
	SI	NO
<b>Sistema endocrino:</b> (se sì, specificare diagnosi)		
	SI	NO
<b>Sistema neurologico:</b> (se sì, specificare diagnosi)		
	SI	NO
<b>Patologie psichiche:</b> (se sì, specificare diagnosi)		
	SI	NO
<b>Epilessia</b>		
	SI	NO
<b>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</b> (cancellare la voce che non interessa) <i>Rilasciato sulla base dei dati anamnestici, in assenza del decreto interministeriale di cui al comma 2 Ter - dell'art. 119 L. 29.7.2010 n.210</i>		
	SI	NO
<b>Apparato uro-genitale:</b> Insufficienza renale grave		
	SI	NO
<b>Sangue ed organi emopoietici:</b> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)		
	SI	NO
<b>Apparato osteo-articolare:</b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali		
	SI	NO
<b>Organi di senso:</b> gravi patologie visive evolutive		
	SI	NO

Data .....

**Timbro del Medico**

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

**Firma del Medico**