

**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** di un anno                       **meno** di un anno

**presenta** pregresse condizioni morbose                       **non presenta** pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

|  |    |    |
|--|----|----|
| <b>Apparato cardio-circolatorio:</b><br><i>(se sì, specificare diagnosi)</i>   | SI | NO |
| <b>Diabete mellito</b>   | SI | NO |
| <b>Insulinodipendente</b>  | SI | NO |
| <b>Sistema endocrino:</b><br><i>(se sì, specificare diagnosi)</i>  | SI | NO |
| <b>Sistema neurologico</b><br><i>(se sì, specificare diagnosi)</i>   | SI | NO |
| <b>Patologie psichiche:</b><br><i>(se sì, specificare diagnosi)</i>  | SI | NO |
| <b>Epilessia:</b>  | SI | NO |
| <b>Condizioni di dipendenza da:</b> alcol <input type="checkbox"/> / sostanze stupefacenti e psicotrope <input type="checkbox"/> | SI | NO |
| <b>Apparato uro-genitale:</b> insufficienza renale grave   | SI | NO |
| <b>Sangue ed organi emopoietici:</b><br>sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i>              | SI | NO |
| <b>Apparato osteo-articolare:</b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali  | SI | NO |
| <b>Organi di senso:</b> gravi patologie visive <input type="checkbox"/> / gravi patologie uditive <input type="checkbox"/>       | SI | NO |
| <b>Riconoscimento invalidità</b><br><i>(civile, inps, inail, guerra, per cause di servizio)</i>                                  | SI | NO |

Data .....

**Timbro del Medico**

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

**Firma del Medico**

.....