

CERTIFICO, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

da me in cura **da più** - **da meno** (cancellare la voce che non interessa) **di un anno**,

**presenta** condizioni morbose pregresse o in atto che possono costituire un rischio attuale per la guida in riferimento a:

(cerchiare la voce che ricorre)

<b>Apparato cardio-circolatorio:</b> (se sì, specificare diagnosi)	Sì	NO
<b>Diabete mellito:</b>	Sì	NO
<b>Sistema endocrino:</b> (se sì, specificare diagnosi)	Sì	NO
<b>Sistema neurologico:</b> (se sì, specificare diagnosi)	Sì	NO
<b>Patologie psichiche:</b> (se sì, specificare diagnosi)	Sì	NO
<b>Epilessia:</b>	Sì	NO
<b>Condizioni di dipendenza da: alcool / sostanze stupefacenti e psicotrope:</b> (cancellare la voce che NON interessa)	Sì	NO
<b>Apparato uro-genitale:</b> Insufficienza renale grave	Sì	NO
<b>Sangue ed organi emopoietici:</b> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	Sì	NO
<b>Apparato osteo-articolare:</b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	Sì	NO
<b>Organi di senso:</b> gravi patologie visive evolutive	Sì	NO

**Data** .....

**Timbro del Medico**

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

**Firma del Medico**

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art.75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_