

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, certifico che

il Sig./la Sig.ra	C.F.	
-------------------	------	--

Nato a	Prov.	II
		/ /

da me in cura (*barrare la voce che ricorre*) da più di un anno da meno di un anno,
 presenta non presenta pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio
 attuale per la guida, in riferimento a:

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
--	----	----

SISTEMA ENDOCRINO E METABOLISMO <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
--	----	----

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
--	----	----

PATOLOGIE PSICHICHE <i>(se si, specificare diagnosi)</i>	SI	NO
--	----	----

EPILESSIA	SI	NO
------------------	----	----

CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: <i>(barrare la voce o le voci che ricorrono e specificare il tipo di sostanza)</i>	SI	NO
<input type="checkbox"/> ALCOOL		
<input type="checkbox"/> SOSTANZE STUPEFACENTI:		
<input type="checkbox"/> FARMACI E SOSTANZE PSICOTROPE:		

APPARATO URO-GENITALE:	SI	NO
-------------------------------	----	----

SANGUE OD ORGANI EMOPOIETICI	SI	NO
-------------------------------------	----	----

APPARATO OSTEOARTICOLARE	SI	NO
---------------------------------	----	----

ORGANI DI SENSO GRAVI PATOLOGIE EVOLUTIVE VISIVE	SI	NO
--	----	----

TIMBRO DEL MEDICO (con indicazione dell'eventuale specializzazione posseduta e numero Regionale se medico di assistenza primaria)	Data
	FIRMA DEL MEDICO _____