

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

CERTIFICO

che il Sig./la Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ residente

a _____ via _____

C.F. _____ da me in cura da più /da meno di un anno,
presenta / non presenta le seguenti condizioni morbose, in atto o pregresse

<u>Apparato cardio- circolatorio:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Apparato Respiratorio:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Apparato digerente:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Diabete mellito:</u> (se si specificare se insulunodipendente)	SI	NO
<u>Sistema endócrino:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Epilessia</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da: alcol/sostanze stupefacenti e/o psicotrope:</u> (se si specificare)	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> (Insufficienza renale grave, altro...)	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> (specificare)	SI	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> (gravi alterazioni anatomiche o funzionali)	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> (gravi patologie visive evolutive)	SI	NO
<u>Altre affezioni che possano costituire un rischio per la guida:</u> (specificare)	SI	NO
<u>Invalità civile e/o del lavoro:</u> (già definite o in corso)	SI	NO
<u>Esenzione Ticket per patologia:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO

Data.....

(Timbro del medico con codice regionale)

Firma del medico

.....