

Si certifica sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso che:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Il Sig. / la Sig. ^{ra} | |
| C.F. | |
| Da me in cura <input type="checkbox"/> da più <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> da meno <input type="checkbox"/> (cancellare la voce che non interessa) di un anno | |
| <input type="checkbox"/> Presenta / <input type="checkbox"/> non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio per la guida, in riferimento a : | |
| Apparato cardio circolatorio | SI NO |
| (se si specificare diagnosi: | SI NO |
| Diabete mellito | SI NO |
| (se si specificare diagnosi: | SI NO |
| Sistema endocrino | SI NO |
| (se si specificare diagnosi: | SI NO |
| Sistema neurologico | SI NO |
| (se si specificare diagnosi: | SI NO |
| Patologie psichiche | SI NO |
| (se si specificare diagnosi: | SI NO |
| Epilessia | SI NO |
| (se si specificare data ultima crisi: | SI NO |
| Condizioni di dipendenza da alcool / sostanze stupefacenti e psicotrope | SI NO |
| (cancellare la voce che non interessa) | SI NO |
| Apparato uro – genitale | SI NO |
| (insufficienza renale grave) | SI NO |
| Sangue ed organi emopoietici | SI NO |
| Sindromi emofiliche, linfomi, leucemie in trattamento (specificare) | SI NO |
| Apparato osteo – articolare | SI NO |
| gravi alterazioni anatomiche e/o funzionali | SI NO |
| Organi di senso (gravi patologie visive evolutive, es.: glaucoma; ipoacusia) | SI NO |
| (se si specificare diagnosi: | SI NO |
| Accusa somnolenza diurna o altri sintomi riferibili ad OSAS | SI NO |
| (se si specificare.....) | SI NO |

Data

Timbro del medico

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

| |
|--|
| |
|--|

Firma del Medico

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato sui diritti di cui al D. Lgs. 196 del 30/06/2003 e di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili sopra riportati, ai fini medico - legali.

Data.....

.....
firma dell'interessato(o tutore in caso di minore)