

**In conformità alla Circolare del Ministero della Salute prot. n° DGPREV. I/P/2010/4.C-id 2.8 del 5/11/2010
(comma 3 art. 119 C.d.S. L.gs 120/2010 in vigore dal 13/08/2010)**

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

che il/la Sig./Sig.ra

nato a Prov. il / / C.F.

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

presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio SI NO
(se SI specificare diagnosi)

Diabete mellito SI NO
insulinodipendente SI NO

Sistema endocrino SI NO
(se SI specificare diagnosi)

Sistema neurologico SI NO
(se SI specificare diagnosi)

Patologie psichiche SI NO
(se SI specificare diagnosi)

Epilessia o crisi convulsive SI NO
quando l'ultima crisi?

Apparato uro-genitale SI NO
(insufficienza renale - trapianto renale)

Sangue ed organi emopoietici SI NO
Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)

Apparato osteo-articolare SI NO
gravi alterazioni anatomiche o funzionali

Organi di senso: gravi patologie visive e/o uditive SI NO
(se SI specificare diagnosi)

Condizioni di dipendenza da: alcool / psicofarmaci e sostanze SI NO
stupefacenti (cancellare la voce che non interessa)

Riconoscimento invalidità SI NO
(civile, INPS, INAIL, guerra, per cause di servizio)

Data

.....
Firma del Medico

Timbro del Medico

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