

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

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

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)