

SI CERTIFICA, CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____

CODICE FISCALE _____

MI CHIEDE UN CERTIFICATO OVE SI ATTESTINO LE SUE ATTUALI E/O PREGRESSE PATOLOGIE AL FINE DI POTER OTTENERE UN PERMESSO DI GUIDA.

A TAL FINE SI CERTIFICA CHE E' DA ME IN CURA DA _____ PIU' DI UN ANNO _____ MENO DI UN ANNO E CHE ALLO STATO RIFERISCE O RILEVO LE SEGUENTI CONDIZIONI DI SALUTE

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
DIABETE MELLITO	SI	NO
SISTEMA ENDOCRINO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
SISTEMA NEUROLOGICO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
EPILESSIA	SI	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL (Barrare la voce che interessa) SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE	SI	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SI	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO con indicazione eventuale della specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria

FIRMA DEL MEDICO

Dato nelle mani dell'interessato che con la sua firma dichiara di aver rilasciato veritiere dichiarazioni anamnestiche al certificante .

Firma del paziente _____