

## FAC-SIMILE

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO,

CHE IL/LA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DA ME IN CURA  DA PIÙ /  DA MENO (cancellare la voce che NON interessa) DI UN ANNO,

PRESENTE /  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<br>(Se sì, specificare diagnosi)                                                                                                       | SÌ | NO |
| DIABETE MELLITO                                                                                                                                                     | SÌ | NO |
| SISTEMA ENDOCRINO<br>(Se sì, specificare diagnosi)                                                                                                                  | SÌ | NO |
| SISTEMA NEUROLOGICO<br>(Se sì, specificare diagnosi)                                                                                                                | SÌ | NO |
| PATOLOGIE PSICHICHE<br>(Se sì, specificare diagnosi)                                                                                                                | SÌ | NO |
| EPILESSIA                                                                                                                                                           | SÌ | NO |
| CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: <input type="checkbox"/> ALCOL / <input type="checkbox"/> SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE<br>(Cancellare la voce che non interessa) | SÌ | NO |
| APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave                                                                                                                   | SÌ | NO |
| SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)                                                                  | SÌ | NO |
| APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali                                                                                                 | SÌ | NO |
| ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive                                                                                                                   | SÌ | NO |

DATA \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                      |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>TIMBRO DEL MEDICO</b><br>con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria | <b>FIRMA DEL MEDICO</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|