

**CERTIFICATO ANAMNESTICO**

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

Il Sig / la Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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 (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Sistema neurologico (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da alcool / sostanze stupefacenti o psicotrope (cancellare la voce che non interessa)	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 osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico