

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 DI UN ANNO

DA MENO DI UN ANNO

PRESENTA

NON PRESENTA

PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (se si specificare diagnosi) <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
DIABETE MELLITO <input type="checkbox"/> <i>Insulino dipendente</i> <input type="checkbox"/> <i>NON Insulino dipendente</i>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
SISTEMA ENDOCRINO (se si specificare diagnosi) <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
SISTEMA NEUROLOGICO (se si specificare diagnosi) <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
PATOLOGIE PSICHICHE (se si specificare diagnosi) <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
EPILESSIA Data ultima crisi <input type="text"/> Eventuale terapia <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: <input type="checkbox"/> ALCOL <input type="checkbox"/> SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento Se sì, specificare <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive <input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Il sottoscritto afferma di avere fornito al proprio medico di fiducia dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il dichiarante

DATA

Timbro del medico <small>con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria</small>

.....

Firma del medico
