

In conformità alla Circolare del Ministero della Salute prot. n° DGPREV. II/P/2010/4. C-id 2.8 del 5/11/2010 (comma 3 art.119 C.d.S. L.gs 120/2010 in vigore dal 13/08/2010).

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

che Il/La Sig./Sig.ra

nato/a a Prov. il / / C.F.

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 SI NO

(se SI specificare diagnosi)

Diabete mellito SI NO

Insulinodipendente SI NO

Sistema endocrino SI NO

(se SI specificare diagnosi)

Sistema neurologico SI NO

(se SI specificare diagnosi)

Patologie psichiche SI NO

(se SI specificare diagnosi)

Epilessia o crisi convulsive SI NO

quando l'ultima crisi?

Apparato uro-genitale SI NO

(insufficienza renale - trapianto renale)

Sangue ed organi emopoietici SI NO

Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)

Apparato osteo-articolare SI NO

gravi alterazioni anatomiche o funzionali

Organi di senso: gravi patologie visive e/o uditive SI NO

(se SI specificare diagnosi)

Condizioni di dipendenza da: alcool/psicofarmaci e sostanze SI NO

stupefacenti (cancellare la voce che non interessa)

Riconoscimento invalidità SI NO

Civile, INPS, INAIL, guerra, per cause di servizio

Sindrome delle apnee notturne ostruttive del sonno SI NO

Data,

Timbro del Medico

Firma del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)