

## CERTIFICATO ANAMNESTICO PATENTE

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

IL/LASIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

Codice FISCALE \_\_\_\_\_

DA ME IN CURA \_\_\_\_\_ DI UN ANNO, \_\_\_\_\_ PREGRESSE CONDIZIONI  
MORBOSE CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
DIABETE MELLITO	SÌ	NO
SISTEMA ENDOCRINO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
SISTEMA NEUROLOGICO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
PATOLOGIE PSICHICHE <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
EPILESSIA	SÌ	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE <i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	SÌ	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SÌ	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i> _____	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> con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria	<b>FIRMA DEL MEDICO</b>
--	-------------------------