

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

che il Sig./la Sig.ra _____

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:

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Diabete mellito</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Epilessia</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> Insufficienza renale grave	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Timbro del Medico

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

Firma del Medico



Per Prenotare una Visita Medica per Patente
Inquadra il QR Code
Telefono e WhatsApp: 371.3421300
cupmedico.com

