

da compilare a cura del Medico di Medicina Generale

CERTIFICATO ANAMNESTICO PER L'IDONEITÀ ALLA GUIDA

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, certifico che:

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Da me in cura da **più di 1** anno da **meno di 1** anno

presenta condizioni morbose che possono costituire un rischio per la guida in riferimento a:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO SÌ NO
(se sì, specificare diagnosi) _____

DIABETE MELLITO SÌ NO

SISTEMA ENDOCRINO SÌ NO
(se sì, specificare diagnosi) _____

SISTEMA NEUROLOGICO SÌ NO
(se sì, specificare diagnosi) _____

PATOLOGIE PSICHICHE SÌ NO
(se sì, specificare diagnosi) _____

EPILESSIA SÌ NO

CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA:

ALCOOL SÌ NO

SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE SÌ NO

APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave SÌ NO

SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: SÌ NO
sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare) _____

APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: SÌ NO
gravi alterazioni anatomiche o funzionali _____

ORGANI DI SENSO: SÌ NO
gravi patologie visive evolutive _____

DISTURBI DEL SONNO DA APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE SÌ NO

ALTRO SÌ NO
(specificare) _____

Luogo, data _____

Firma e timbro del medico

Clausola privacy. Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i suoi dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.