

Certificato anamnestico preliminare per il successivo accertamento delle condizioni psicofisiche per il conseguimento della patente di guida ai sensi dell'art.119, comma 3 del D.Lgs n. 285/92 come modificato dalla L. n. 120/2010 (da redigere da parte del medico di fiducia)

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

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
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 cardiocircolatorio (se SI specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Insulinodipendente? compenso	SI	NO
ev. complicanze		
Sistema endocrino (se SI specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche (se SI specificare diagnosi)	SI	NO
In terapia con psicofarmaci (se SI specificare farmaci e dosi)	SI	NO
Condizioni di dipendenza da alcool/sostanze stupefacenti e psicotrope	SI	NO
Patologie del sistema nervoso (se SI specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se SI quando si è manifestata l'ultima crisi) eventuale terapia	SI	NO
Sangue e organi emopoietici (sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare))	SI	NO
Apparato osteoarticolare : gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Apparato urogenitale (insufficienza renale grave)	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Medico  
Timbro del Medico  
(con indicazione di eventuale specializzazione posseduta  
e numero regionale se medico di assistenza primaria)