Intestazione della struttura ospedaliera

Fac-simile

CERTIFICATO MEDICO

PSICHIATRICO

(recante le indicazioni cliniche di cui necessita la Commissione di accertamento)

Sig./ra_____

nato/a a_____ il_____

Anamnesi psichiatrica
(precisare turbe psichiche, terapie pregresse, eventuali terapie in atto e posologia farmaci):

_____

_____

Esame obiettivo psichiatrico:

_____

_____

Eventuali tests:_____

_____

_____

Diagnosi:

_____
(Luogo e data)

_____
(Timbro e firma del Medico)

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE

Qualora finalizzato a giudizio di idoneità alla guida, si evidenzia che per formulare ponderato giudizio sulla **sicurezza alla guida** dell'esaminato, la Commissione necessita disporre delle informazioni indicate.

- **Redigere il certificato con scrittura leggibile, eventualmente impiegando questo stampato**.

Allegato n. 16