

# Certificato Medico Curante per patente di guida

(facsimile allegato al parere del Ministero della Salute DGPREV n. 46247-P-05/11/2010)

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso certifico che il Sig./ la Sig.ra

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

da me in cura

da più

da meno

di un (1) anno,

presenta

non presenta

(cancellare la voce che non interessa)

(cancellare la voce che non interessa)

**pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:**

<b>Apparato cardio-circolatorio</b> (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
<b>Diabete Mellito</b>	SI	NO
<b>Sistema Endocrino</b> (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
<b>Sistema Neurologico</b> (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
<b>Patologie Psiciche</b> (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
<b>Epilessia</b>	SI	NO
<b>Condizioni di dipendenza da:</b> Alcol / Sostanze Stupefacenti e Psicotrope (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<b>Apparato Uro-genitale:</b> Insufficienza renale grave	SI	NO
<b>Sangue e organi Emopoietici:</b> Sindromi Emofiliche, Linfomi e Leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<b>Apparato Osteo-articolare:</b> Gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<b>Organi di senso:</b> Gravi patologie visive evolutive	SI	NO

(Luogo e data)

**Timbro del Medico**

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

**(Firma del Medico)**

Allegato n. 2