Autoscuola Russo
Via Duca D'Aosta, 79 - 97011 Acate (RG)
Tel.: +39.0932.874342
Email: info@scuolaguidarusso.it

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 alla guida, in riferimento a:

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

……