

# Certificato anamnestico per l'acquisizione dei titoli abilitativi alla guida, rilasciato dal medico di Medicina generale

In conformità alla Circolare del Ministero della Salute prot.n° DGPREV.II/P/2010/4.C-id 2.8 del 05.11.2010  
(comma 3 art. 119 C.d.S. L.gs. 120/2010 in vigore dal 13.08.2010)

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 di un anno  meno di un anno

presenta  non presenta pregresse condizioni morbose,

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

<b>Apparato cardio-circolatorio:</b> (se si, specificare diagnosi) _____	SI	NO
<b>Diabete mellito</b>	SI	NO
<b><u>Insulinodipendente</u></b>	SI	NO
<b>Sistema endocrino:</b> (se si, specificare diagnosi) _____	SI	NO
<b>Sistema neurologico:</b> (se si, specificare diagnosi) _____	SI	NO
<b>Patologie fisiche:</b> (se si, specificare diagnosi) _____	SI	NO
<b>Epilessia</b>	SI	NO
<b>Condizioni di dipendenza da:</b> <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> sostanze stupefacenti e psicotrope	SI	NO
<b>Apparato uro-genitale:</b> insufficienza renale grave	SI	NO
<b>Sangue ed organi emopoietici:</b> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare) _____	SI	NO
<b>Apparato osteo-articolare:</b> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<b>Organi di senso:</b> <input type="checkbox"/> gravi patologie visive evolutive <input type="checkbox"/> gravi patologie uditive	SI	NO
<b>Riconoscimento invalidità</b> (civile, INPS, INAIL, guerra, per cause civili)	SI	NO

Data .....

Timbro del Medico

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

Firma del Medico