|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE*** ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 FoggiaPortale web**: https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia**https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/dipartimenti\_det/-/journal\_content/56/36044/dipartimento-di-prevenzio-2 **e mail :** commissionepatentispeciali@aslfg.it  |  **Mod.n.03/2025****Pagina 1 di 1** |
| **CERTIFICATO MEDICO RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI**  |

Data / /

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

il/la/Sig./Sig.ra nato/a a prov. il / / Codice Fiscale:

Da me in cura  **□**da più di un anno □da meno di un anno

□ presenta □ non presenta condizioni morbose pregresse o in atto che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MALATTIE DELL’APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (se sì specificare diagnosi) | **SÌ** |  **NO** |
| DIABETE MELLITO | **SÌ** | **NO** |
| SISTEMA ENDOCRINO (se sì specificare diagnosi) | **SÌ** | **NO** |
| SISTEMA NEUROLOGICO (se sì specificare diagnosi) | **SÌ** | **NO** |
| PATOLOGIE PSICHICHE (se sì specificare diagnosi) | **SÌ** | **NO** |
| EPILESSIA  | **SÌ** | **NO** |
| DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVEAlcool – sostanze stupefacenti e psicotrope (cancellare la voce che non interessa) | **SÌ** | **NO** |
| APPARATO URO-GENITALE, Insufficienza renale grave | **SÌ** | **NO** |
| MALATTIE DEL SANGUE, Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare) | **SÌ** | **NO** |
| ALTERAZIONI DELL’APPARATO VESTIBOLARE, gravi alterazioni anatomiche o funzionali  | **SÌ** | **NO** |
| ALTERAZIONI ORGANI DI SENSO, gravi patologie visive evolute  | **SÌ** | **NO** |

**Data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\*FIRMA DEL MEDICO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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