

CERTIFICATO ANAMNESTICO PATENTE

Sig/Sig.ra: _____

Nato/a il: _____

C.F.: _____

AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI <i>(Specificare diagnosi)</i> _____	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETE Trattamento con insulina <input type="checkbox"/> <i>Ev. complicanze</i> _____	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MALATTIE ENDOCRINE <i>(Specificare diagnosi)</i> _____	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO <i>(Specificare diagnosi)</i> _____ <i>In caso di epilessia specificare data ultima crisi</i> _____	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TURBE PSICHICHE <i>(Specificare diagnosi)</i> _____	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOSTANZE PSICOATTIVE alcool <input type="checkbox"/> , sost. stupefacenti <input type="checkbox"/> , psicotrope <input type="checkbox"/> <i>(Modalita' d'uso)</i> _____	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MALATTIE APP. UROGENITALE: ins. renale grave <i>Corretta da dialisi o trapianto</i>	SI <input type="checkbox"/> PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MALATTIE DEL SANGUE <i>(Specificare diagnosi)</i> _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

li', _____
Firma Assistito/a

Dr.
