



**CERTIFICATO ANAMNESTICO : COMPILATO DAL MEDICO CURANTE (MMG)**  
**NEI CASI DI CONSEGUIMENTO PATENTE E CONVERSIONE O REVISIONE PATENTE ESTERA**

**Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso**

**CERTIFICO CHE:**

il/la signor/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

da me in cura da  più di un anno  meno di un anno

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

**1. Apparato cardio-circolatorio**..... NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi \_\_\_\_\_

**2. Diabete mellito**..... NO..... SI

**3. Sistema endocrino**..... NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi \_\_\_\_\_

**4. Sistema neurologico** ..... NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi \_\_\_\_\_

**5. Patologie psichiche** ..... NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi \_\_\_\_\_

**6. Epilessia**..... NO..... SI

**7. Condizioni di dipendenza da:**  alcool  sostanze stupefacenti  sostanze psicotrope..... NO..... SI

**8. Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave** ..... NO..... SI

**9. Sangue e organi emopoietici:**  sindromi emofiliche  linfomi  leucemie..... NO..... SI

**10. Apparato osteo-articolare e muscolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali**..... NO..... SI

**11. Organi di senso: gravi patologie visive evolutive**..... NO..... SI

**12. S. Apnee Notturme (OSAS)**..... NO..... SI

Se **SI** specificare se fa uso di ventilatore notturno (tipo CPAP)..... NO..... SI

**13. Invalidità (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)**..... NO..... SI

Se **SI** specificare tipo e percentuale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma e timbro del medico*