

**CERTIFICATO MEDICO RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI**  
**per l' accertamento delle condizioni psicofisiche per la guida di veicoli a motore**  
(art. 119 comma 3 del Codice della Strada come modificato dalla legge 29 luglio 2010 n°120)

**In relazione all' oggetto, si certifica che il Sig./la Sig. ra**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Identificato mediante \_\_\_\_\_

-----  
**presenta**

**A) MALATTIE DELL' APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (1)** **SI**  **NO**   
(specificare) \_\_\_\_\_

**B) MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO** **SI**  **NO**   
(specificare) \_\_\_\_\_

Sindrome delle apnee notturne SI \_ NO \_

O<sub>2</sub> terapia in atto SI \_ NO \_

**C) DIABETE (2)** **SI**  **NO**   
Terapia con insulina SI \_ NO \_

**D) MALATTIE ENDOCRINE** **SI**  **NO**   
(specificare) \_\_\_\_\_

**E) ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO-ARTICOLARE** **SI**  **NO**

(specificare) \_\_\_\_\_

**F) MALATTIE DEL SANGUE** **SI**  **NO**   
(specificare) \_\_\_\_\_

**G) INSUFFICIENZA RENALE (3)** **SI**  **NO**

**H) TRAPIANTO D'ORGANO** **SI**  **NO**

**I) ALTERAZIONI DELL' APPARATO VISIVO (4)** **SI**  **NO**   
(specificare) \_\_\_\_\_

In caso di soggetto MONOCOLO, specificare l' epoca di insorgenza di tale condizione visiva.....

**L) ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo** **SI**  **NO**   
(specificare) .....

**M) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO** **SI**  **NO**   
Centrale (specificare).....  
Deterioramento cognitivo .....  
Epilessia **(5)** .....  
Periferico (specificare).....

**N) INFERMITA' DI NATURA PSICHICA** **SI**  **NO**   
Insufficienza mentale .....  
Psicosi / Disturbi di Personalità .....  
Depressione.....  
Altre .....  
In cura presso strutture psichiatriche territoriali? **SI'** \_ **NO** \_ **IN PASSATO** \_

**O) SOSTANZE PSICOATTIVE** **SI**  **NO**  **IN PASSATO**   
Etilismo .....  
Tossicofilie.....  
Uso di sostanze psicotrope (6) .....  
In cura presso SERT o NOA? **SI'** \_ **NO** \_ **IN PASSATO** \_

**P) PORTATORE DI PROTESI? (9)** **SI**  **NO**   
(specificare) .....  
.....

.....li.....(8)

**Dichiarazione del richiedente**

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza, utili a definire il mio stato di salute

.....  
*Firma del richiedente*

.....  
*Firma e timbro del Medico di Fiducia*

**NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE**

*Barrare con una X le caselle interessate (precisando anche eventuali patologie pregresse).*

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, pregresso IMA, aritmie, se è portatore di pacemaker o di defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD) se affetto da valvulopatie, etc.
- (2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.) e/o crisi ipoglicemiche
- (3) Specificarne la gravità e l'eventuale trattamento dialitico.
- (4) Indicare se è affetto da glaucoma, maculopatie, alterazioni del campo visivo, o altre gravi patologie visive evolutive
- (5) Indicare diagnosi, decorso, data dell'ultima crisi e l'eventuale terapia in atto.
- (6) Ad esempio antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici, etc.
- (7) Ad esempio protesi acustiche, protesi valvolari cardiache, protesi vascolari, etc.
- (8) Luogo e data del rilascio