

Data

CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA PSICHIATRICA PER TITOLARITA' PATENTE GUIDA

Certifico che il Sig.,
nato il residente in
Via, da me visitato in data
odierna è affetto da
.....
.....; seguito dal Servizio/dallo Scrivente
sin dal

Tale forma morbosa è da considerare in fase:

- ☐ Attiva
- ☐ In compenso psicopatologico
- ☐ Residuale
- ☐ Le terapie attualmente assunte sono.....
.....
.....

e non incidono, all'esame clinico attuale sullo stato di coscienza né
provocano disturbi collaterali a tipo extrapiramidale.

- ☐ Compliance alla terapia
- ☐ Inserito in percorso socio-riabilitativo dal.....

Con mansione di

NOTE :

.....
.....
.....
.....

In fede
(Il Dirigente Medico U.F.S.M.A.)