

CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA PER TITOLARITA' PATENTE GUIDA

Certifico che il/a Sig./ra _____
nato/a il _____ a _____, da me visitato in
data odierna è affetto da _____

_____;
seguito dal Servizio / dallo Scrivente sin dal _____, ultimo
ricovero presso _____ il _____.

Tale forma morbosa è da considerare in fase:

- **Attiva** _____
- **Stabile** _____
- **Responsività alla terapia** _____
- **Terapia attualmente assunta** _____

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

- **Comorbidità** _____
- **Frequenza controlli clinici** _____
- **Ulteriori accertamenti** (es. Valutazione neuropsicologica, riflessi)

- **Esame obiettivo neurologico** _____

Data _____

In fede
(Lo specialista neurologo)