

CERTIFICAZIONE PSICHIATRICA 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** _____
- **In compenso psicopatologico** _____
- **Residuale** _____
- **Terapia attualmente assunta** _____

_____ 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:** _____

Data _____

In fede
(Lo specialista psichiatra)