

CERTIFICAZIONE DI STABILITA' CLINICA

Trieste, 09/01/12

Io sottoscritto, Dr.(ssa), c.r.m.

Certifico, in base alle risultanze della cartella personale del(la) mio(a) Assistito

Sig.(ra) :....., C.F.:.....

nato(a) a il

e residente a, in via,

nella cui anamnesi personale risultano le seguenti patologie :

-

-

-

che in relazione ai succitati quadri anamnestici l'Assistito(a) trovasi al momento

in stato di STABILITA' CLINICA , essendo del tutto assenti, stando ai rilievi in possesso del sottoscritto, evidenze recenti di progressione/ricadute/complicazioni della patologia in oggetto

Preciso altresì che l'Assistito(a) trovasi attualmente, relativamente alla succitate patologie:

in terapia continuativa specifica

in assenza di qualsiasi terapia farmacologica.

Rilascio il presente certificato, a richiesta dell'interessato, ai fini del rilascio/conferma della patente di guida.

In fede