

CERTIFICO CHE

Marca  
da bollo

Nome .....Cognome.....

nato a .....prov.....

il .....

sulla base delle risultanze anamnestico-cliniche, secondo le linee guida predisposte dal Ministero della Salute, **è in possesso** delle condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso di ciclomotore

Ovvero

presenta un quadro clinico anmnestico tale da **non** consentire al medico di famiglia di esprimere giudizio di **idoneità** sulla base delle linee guida predisposte dal Ministero della Salute.

resta salva la possibilità di chiedere la revisione del giudizio secondo la vigente normativa, alla Commissione Provinciale Patenti Speciali.

(Cassare la condizione esclusa)

**Dichiarazione del richiedente**

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà

Data

Firma e timbro del medico

Luogo e data

**ALLEGATO 2** alle linee guida per il rilascio da parte dei medici di Medicina Generale del Certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori (Legge n. 168 del 17.08.2005)