

AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

Prot. _____ li _____

Oggetto: _____

Alla COMMISSIONE
MEDICA LOCALE PATENTI

Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Vs. richiesta del _____

Diagnosi Psichiatrica: _____

Stato attuale di compenso del disturbo:

- insufficiente	☐
- discreto	☐
- buono	☐

Terapia in corso: _____

Tolleranza individuale: _____

Interazione sulla vigilanza:

- nulla	☐
- scarsa	☐
- sensibile	☐

Stato attuale di compenso del disturbo

- sporadici	☐
- ricorrenti	☐
- frequenti	☐
- non riferiti	☐

Ultimo ricovero conosciuto: _____

Progressione evolutiva della forma:

- stabilizzata	☐
- migliorativa	☐
- peggiorativa	☐

IL DIRIGENTE SANITARIO