

Allegato 1

QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI “LAVORATORE FRAGILE” da restituire SOLO al medico competente

Io sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____
LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____
ETÀ _____
CELLULARE _____
NOME E RECAPITO MEDICO DI BASE _____
AZIENDA _____

DICHIARO DI ESSERE AFFETTO DALLE PATOLOGIE:

- Patologia oncologica
 - diagnosticata nel _____
 - in attuale trattamento CHT
 - in attuale trattamento con immunodepressori
- Immunodeficienza primaria o secondaria: _____
- Grave patologia cardiaca : _____
- Grave patologia polmonare cronica: _____
- Insufficienza renale cronica in trattamento con: _____
- Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopietici: _____
- Malattie infiammatorie croniche: _____
- Grave epatopatia cronica: _____
- Artrite reumatoide
- Lupus eritematoso
- Connettiviti o Ciollagenopatie
- Obesità: altezza _____ peso _____
- Diabete mellito insulina dipendente

Acconsento affinché i miei dati personali siano usati per gli scopi di cui agli art. 9, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/2017 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (privacy).

- Consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci, attesto la veridicità di quanto sopra dichiarato.

ALLEGO ALLA PRESENTE LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA PATOLOGIA INDICATA

Data

Firma
