

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 _____

CELLULARE: _____ NOME E RECAPITO MEDICO DI

BASE _____

AZIENDA _____

DICHIARO DI ESSERE AFFETTO DALLE PATOLOGIE:

Patologia oncologica: o diagnosticata nel _____ o in attuale trattamento CHT o in attuale trattamento con immunosoppressori Immunodeficienza primaria o secondaria:

Grave patologia cardiaca: _____

Grave patologia polmonare cronica: _____

Insufficienza renale cronica in trattamento con: _____

Insufficienza surrenale cronica in trattamento con: _____

Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie:

Malattie infiammatorie croniche: _____

Grave epatopatia cronica: _____

Artrite reumatoide

Lupus eritematoso

Connettiviti o Collagenopatie:

Obesità: altezza _____ peso _____

Diabete mellito insulino dipendente

Acconsento affinché i miei dati personali siano usati per gli scopi di cui agli Art. 9, 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 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 DENUNCIATA

Data _____ Firma _____