

Allegato

QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI “LAVORATORE FRAGILE”

Io sottoscritto cognome _____ nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

età _____ altezza _____ peso _____

cellulare: _____

Nome e recapito medico di base _____

Scuola o istituto: ISTITUTO TECNICO “E. MAJORANA” - Cassino

DOCENTE

AMMINISTRATIVO

COLLABORATORE

DICHIARO di essere affetto dalle patologie:

Patologia oncologica:

diagnosticata nel _____

organo interessato _____

in attuale trattamento CHT

in attuale trattamento con immunosoppressori

Immunodeficienza primaria o secondaria: _____

Patologia in trattamento con immunosoppressori: _____

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 in trattamento con: _____

Lupus eritematoso in trattamento con: _____

Connettiviti o Collagenopatie: _____

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 _____