

QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI "LAVORATORE FRAGILE"
da restituire SOLO al medico competente (salimeif.coronavirus@gmail.com)

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 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 _____