

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione

Medica

Ambulatorio Infermieristico

(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E S.M.I

PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA E FTP

Il/La sottoscritto/a _____
(nome) (cognome)

nato/a a _____ (.....) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (.....) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in _____ (.....) in via _____ n.
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.762 del d.P.R. 28.12.2000 n.445¹, in caso di
dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, in qualità di lavoratore, sottoposto a:

☐ | visita medica periodica;

☐ | visita medica su richiesta del lavoratore per _____;

☐ | visita medica per cambio mansione;

¹ DPR 445/2000 - Articolo 47 - Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.

2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.

3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.

DPR 445/2000 - Articolo 76 - Norme penali

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico e punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.

(Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – visita medica preassuntiva - pagina 1 di 4)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



- ☐ visita medica per cessazione del rapporto di lavoro, ai sensi di _____;
☐ visita medica a seguito di assenza, per motivi di salute, di durata superiore ai 60 giorni.
➔ ☐ assumendo presso la AOUP, sottoposto a *visita medica preventiva preassuntiva*;

atta a constatare la mia *idoneità alla mansione specifica* di (specificare se: ass.ne a ruolo/determinato, studente, tirocinante, erasmus, visiting, e disciplina: IFE, POD, OST,...) _____

da impiegarsi presso (riportare il reparto di assegnazione se noto) _____
_____ della AOUP,

DICHIARA

Da compilare ESCLUSIVAMENTE per le VISITE DI ASSUNZIONE

Premesso che secondo quanto previsto dall'art.25 comma 1, lettera e-bis) del D. Lgs 9 aprile 2008, n.81 il Medico Competente : “ in occasione delle viste di assunzione richiede la cartella sanitaria rilasciata dal precedente datore di lavoro e tiene conto del suo contenuto ai fini della formulazione del giudizio d'idoneità”

☐ in occasione della visita di assunzione del..... provvederò a fornire al Medico Competente la cartella sanitaria rilasciata dal precedente datore di lavoro

Nel caso in cui l'interessato sia impossibilitato/a a produrre/reperire la cartella sanitaria rilasciata dal precedente datore di lavoro dovrà dichiarare quanto segue:

- 1) in occasione della visita di assunzione del.....con mansionepresso l'AOUP, il Medico Competente dipendente dell'AOUP ha provveduto a richiedermi la cartella sanitaria rilasciata dal precedente datore di lavoro secondo quanto previsto dall'art.25 comma 1, lettera e-bis) del D. Lgs 9 aprile 2008, n.81
- 2) di essere impossibilitato/a a produrre/reperire la cartella sanitaria rilasciata dal precedente datore di lavoro
- 3) di aver informato verbalmente il Medico Competente dipendente dell'AOUP dei contenuti della cartella sanitaria relativa al precedente rapporto di lavoro, con particolare riferimento al mio stato di salute, eventuali giudizi d'idoneità permanente o temporanea o giudizi d'idoneità con limitazioni/ prescrizioni, allo scopo di permettergli di tenerne conto ai fini della formulazione del giudizio d'idoneità.

Luogo e data

Il Dichiarante

.....

(Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – visita medica preassuntiva - pagina 2 di 4)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



DICHIARA

☐ di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

<input type="checkbox"/> anti-poliomielitica	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-meningococcica C	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-difterica	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-meningococcica B	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-tetanica	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-pneumococco	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-epatite B	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-epatite A	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-pertosse	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-papillomavirus	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-morbillo	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-herpes zoster	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-rosolia	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-rotavirus	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-varicella	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-tbc	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-parotite	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-Covid 19	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-meningococcica C	<input type="checkbox"/> non ricordo
<input type="checkbox"/> anti-influenzale	<input type="checkbox"/> non ricordo	<input type="checkbox"/> anti-influenzale	<input type="checkbox"/> non ricordo

(Luogo, data)

Il Dichiarante

.....

DICHIARO

di avere compilato correttamente e compiutamente i sotto indicati questionari anamnestico-clinici:

Patologie in corso, Invalidità civile, Gravidanza, Audit C, TB, Allergie, Studio delle patologie del rachide

Dichiaro inoltre che durante la visita medica nulla ho nascosto o taciuto sul mio stato di salute al Medico Competente/Autorizzato Dott. _____ in modo tale da indurlo in errore nell'esprimere il suo giudizio sulla mia idoneità alla mansione specifica.

Ai sensi dell'art.383 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la presente dichiarazione, costituita num. 02 pagine, è da me sottoscritta in presenza del Medico Competente/Autorizzato sopra indicato, dipendente della AOUP.

Pisa, li _____

Il dichiarante _____

Il Medico Competente/Autorizzato Dott. _____

(Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – visita medica preassuntiva pagina - 3 di 4)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione

Medica

Ambulatorio Infermieristico

(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



La AOUP e la UO Medicina Preventiva del Lavoro rispettivamente in qualità di Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali relativi alla visita medica sopra indicata, informa che i dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali – il “Codice”) e del Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR), in modo tale da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il soggetto interessato fornisce il seguente riconoscimento dell’informativa resa.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto in qualità di interessato, con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso affinché il titolare e/o responsabile procedano al trattamento dei propri dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa e per le finalità indicate.

Il dichiarante _____

3 DPR 445/2000 - Articolo 38 - *Modalità di invio e sottoscrizione delle istanze*

1. Tutte le istanze e le dichiarazioni da presentare alla pubblica amministrazione o ai gestori o esercenti di pubblici servizi possono essere inviate anche per fax e via telematica. (L)
2. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica. (R)
3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 15, comma 2 della legge 15 marzo 1997, n. 59. (L)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione

Medica

Ambulatorio Infermieristico

(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



AUTOCERTIFICAZIONE

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

(art.2 legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

domicilio a _____ (____) in _____ n° _____

Telefono _____ e-mail _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di essere stato affetto o di essere affetto al momento attuale dalle seguenti malattie:

TBC	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Scabbia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pediculosi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altro (se si specificare) :	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> _____

DICHIARA INOLTRE di essere:

A) INVALIDO CIVILE (S) (N)

Se **SI** indicare la percentuale di riduzione della capacità lavorativa accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile (.....%) dall'anno _____

B) INVALIDO DEL LAVORO (S) (N)

Se **SI** indicare il grado di invalidità accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti (.....%) dall'anno _____

C) PERSONA NON VEDENTE O SORDOMUTO (S) (N)

Di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni.
Se **SI** dall'anno _____

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

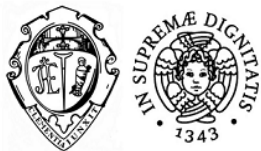
Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione

Medica

Ambulatorio Infermieristico

(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



D) PERSONA INVALIDA DI GUERRA, INVALIDA CIVILE DI GUERRA E INVALIDA PER SERVIZIO (S) (N)

Se **SI** indicare minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni (Categoria:.....) dall'anno_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere in stato di gravidanza;

sì ☐ no ☐

- di essere in congedo di maternità.

sì ☐ no ☐

DICHIARA INOLTRE

AUDIT C

1) Con quale frequenza assume bevande alcoliche?

mai	Meno di una volta/1 volta al mese	2-4 volte al mese	2-3 volte a settimana	4 o più volte a settimana
-----	-----------------------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------

2) Quante bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o più
-------	-------	-------	-------	----------

3) Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione?

mai	Meno di una volta/1 volta al mese	2-4 volte al mese	2-3 volte a settimana	4 o più volte a settimana
-----	-----------------------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------

DICHIARA INOLTRE

TBC

E' vaccinato per la TBC? ☐ no ☐ sì Se sì, in che anno? _____

Ha eseguito in precedenza Test di Mantoux? ☐ no ☐ sì Se sì, esito in mm _____

Ha mai eseguito in precedenza test Quantiferon? ☐ no ☐ sì Se sì, quando e suo esito _____

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



DICHIARA INOLTRE

ANAMNESI FISIOLOGICA

NATO/A DA PARTO:

☐ NATURALE

☐ CHIRURGICO A TERMINE

☐ CHIRURGICO NON A TERMINE

☐ DISTOCICO

TITOLO DI STUDIO

☐ NESSUNO

☐ LICENZA ELEMENTARE

☐ LICENZA MEDIA INFERIORE

☐ QUALIFICA PROFESSIONALE

☐ DIPLOMA SCUOLA SUPERIORE

☐ LAUREA

SERVIZIO MILITARE: ☐ ASSOLTO; ☐ NON ASSOLTO; ☐ ESONERATO

ATTIVITA' FISICA: ☐ NESSUNA; ☐ AMATORIALE; ☐ AGONISTICA

ETA' MENARCA (PRIME MESTRUAZIONI) _____

CICLO MESTRUALE: ☐ REGOLARE; ☐ IRREGOLARE; ☐ DISMENORREA

GRAVIDANZE:

PARTI A TERMINE ____; PARTI PRETERMINE ____; ABORTI SPONTANEI ____;

FIGLI VIVENTI ____ ETA' MENOPAUSA ____;

DISTURBI IN MENOPAUSA _____

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

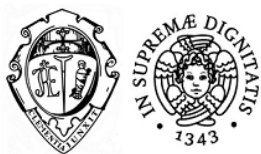
Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione

Medica

Ambulatorio Infermieristico

(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



DICHIARA INOLTRE

DI AVER CONTRATTO NEL CORSO DELLA VITA LE SEGUENTI PATOLOGIE O EFFETTUATO I SEGUENTI INTERVENTI CHIRURGICI:

_____ ETÀ _____
_____ ETÀ _____
_____ ETÀ _____
_____ ETÀ _____
_____ ETÀ _____

CHE NELLA PROPRIA FAMIGLIA SI SONO MANIFESTATE LE SEGUENTI PATOLOGIE

FAMILIARE _____ PATOLOGIA _____ ETÀ EVENTUALE DECESSO _____
FAMILIARE _____ PATOLOGIA _____ ETÀ EVENTUALE DECESSO _____
FAMILIARE _____ PATOLOGIA _____ ETÀ EVENTUALE DECESSO _____
FAMILIARE _____ PATOLOGIA _____ ETÀ EVENTUALE DECESSO _____
FAMILIARE _____ PATOLOGIA _____ ETÀ EVENTUALE DECESSO _____

PESO ____ ALTEZZA ____

ALVO: |_☐| REGOLARE; |_☐| STITICO; |_☐| DIARROICO; |_☐| ALTERNANTE; |_☐| COLITICO

DIURESI: |_☐| REGOLARE; |_☐| POLIURIA; |_☐| NICTURIA; |_☐| DISURIA; |_☐| STRANGURIA

SOFFRE DI INSONNIA: |_☐| SI, FARMACI _____ |_☐| NO

DIETA: |_☐| LIBERA; |_☐| IPOCALORICA; |_☐| PRIVA DI GLUTINE; |_☐| VEGETARIANA/VEGANA;
|_☐| IPOIODICA; |_☐| DISSOCIATA; |_☐| IPERPROTEICA; |_☐| IPOPROTEICA

CAFFE': |_☐| NO; |_☐| SI, QUANTI AL GIORNO _____

FUMO DI SIGARETTA: |_☐| NO; |_☐| SI, QUANTE AL GIORNO ____; ANNI DI FUMO ____;
|_☐| EX FUMATORE/TRICE; IN CHE ANNO HA SMESSO _____

EVENTUALI SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA IN ATTO (TOSSE, FEBBRE, DIFFICOLTÀ
RESPIRATORIA, RINITE ETC.) _____

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



ANAMNESI LAVORATIVA:

AZIENDA _____ DAL _____ AL _____ MANSIONE _____
AZIENDA _____ DAL _____ AL _____ MANSIONE _____
AZIENDA _____ DAL _____ AL _____ MANSIONE _____
AZIENDA _____ DAL _____ AL _____ MANSIONE _____
AZIENDA _____ DAL _____ AL _____ MANSIONE _____

DICHIARA INOLTRE

QUESTIONARIO ALLERGIE

- E' AFFETTO DA SPINA BIFIDA O MALFORMAZIONI UROGENITALI? (S) (N)
- E' STATO SOTTOPOSTO A RIPETUTI INTERVENTI CHIRURGICI IN ETA' INFANTILE? (S) (N)
- E' UN LAVORATORE DELLA SANITA' ? (S) (N)
- E' UN LAVORATORE DELL'INDUSTRIA DELLA GOMMA ? (S) (N)
- SA DI ESSERE ALLERGICO AL LATTICE ? (S) (N)
- HA NOTATO LA COMPARSA DELLE SEGUENTI REAZIONI DOPO CONTATTO
CON GUANTI E/O ALTRI MANUFATTI DI GOMMA E/O DI LATTICE ? (S) (N)
- Orticaria (S) (N)
 - Gonfiore al viso o alle labbra (S) (N)
 - Arrossamento occhi o gonfiore alle palpebre (S) (N)
 - Eczema alle mani (S) (N)
 - Raffreddore e/o prurito nasale (S) (N)
 - Congiuntivite (S) (N)
 - Asma (S) (N)
 - Shock anafilattico (S) (N)
- HA AVUTO REAZIONI ALLERGICHE DOPO ASSUNZIONE O CONTATTO CON I SEGUENTI ALIMENTI/PIANTE ?
- Banana (S) (N)
 - Kiwi (S) (N)
 - Castagna (S) (N)
 - Arachide (S) (N)
 - Avocado (S) (N)
 - Papaya (S) (N)
 - Ananas (S) (N)
 - Ficus benjamin (S) (N)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



SEZIONE 2

- QUALCUNO FRA I SUOI PARENTI STRETTI SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA ALLERGICA ACCERTATA ? (S) (N) SE SI QUALE ? _____
- HA MAI AVUTO MALATTIE DELLA PELLE ? (S) (N) SE SI QUALI? _____
- HA MAI AVUTO UNA DERMATITE AL LOBO DELL'ORECCHIO ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO UNA DERMATITE ALLE MANI ? (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DIAGNOSTICATO UNA ORTICARIA ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO PRURITO AL NASO E CRISI RIPETUTE DI STARNUTI (NON CONSIDERARE IL COMUNE RAFFREDDORE) (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI RINITE ALLERGICA ? (S) (N)
- HA MAI SOFFERTO DI CRISI RIPETUTE DI BRUCIORE E/O PRURITO OCULARE CON AUMENTO DELLA LACRIMAZIONE ? (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI CONGIUNTIVITE ALLERGICA ? (S) (N)
- HA MAI AFFANNO ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO CRISI DI MANCANZA DI RESPIRO ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO FISCHI E SIBILI SUL TORACE ? (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI ASMA BRONCHIALE ? (S) (N)
- E' ALLERGICO A QUALCHE METALLO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____
- E' ALLERGICO A QUALCHE MEDICINA ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____
- E' ALLERGICO A QUALCHE VACCINO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____
- E' ALLERGICO A QUALCHE ALIMENTO O BEVANDA ? (S) (N) _____
- E' ALLERGICO ALLE PUNTURE DEGLI INSETTI ? (S) (N)
- E' ALLERGICO A QUALCHE PROFUMO, SAPONE, DETERGENTE, DEODORANTE, DISINFETTANTE ? (S) (N)
- E' ALLERGICO A QUALCHE COSMETICO ? (S) (N)
- E' ALLERGICO AI CEROTTI ? (S) (N)
- SOFFRE DI QUALCHE ALTRO TIPO DI ALLERGIA ? (S) (N) SE SI QUALE ? _____

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



DICHIARA INOLTRE

QUESTIONARIO PER LO STUDIO DELLE PATOLOGIE DEL RACHIDE PER LAVORATORI DEL COMPARTO SANITARIO

1-TRATTO CERVICALE

- HA DOLORE ? (S) (N)
- SE SI CON QUALE PERIODICITÀ ?
 - Tutti i giorni (S) (N)
 - A volte (S) (N)
- QUANTE VOLTE SI È PRESENTATO IL “DOLORE” NEGLI ULTIMI 12 MESI ?
Episodi (numero): n° _____
- QUANTI GIORNI E’ DURATO (IN MEDIA) ? Giorni n° _____
- IL DOLORE SI IRRADIA ? (S) (N) Se sì dove: _____
- UTILIZZA FARMACI ? (S) (N)
- ALTRE CURE ? (S) (N)
Specificare: _____

2-TRATTO LOMBALE

- HA DOLORE ? (S) (N)
- SE SI CON QUALE PERIODICITA’ ?
 - Tutti i giorni (S) (N)
 - A volte (S) (N)
- QUANTE VOLTE SI E’ PRESENTATO IL “DOLORE” NEGLI ULTIMI MESI ?
Episodi (numero): n° _____
- QUANTI GIORNI E’ DURATO? Giorni n° _____
- IL DOLORE SI IRRADIA? (S) (N) Se sì dove: _____
- UTILIZZA FARMACI ? (S) (N) Quali? _____
- ALTRE CURE ? (S) (N) Specificare: _____

- L’EPISODIO ACUTO HA AVUTO UN ESORDIO SUL LAVORO ? (S) (N)

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione

Medica

Ambulatorio Infermieristico

(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



Se Si : data denuncia: _____

per sollevamento paziente

per sollevamento carico

per operazioni di traino / spinta

altro _____

➤ L'EPISODIO ACUTO HA UN ESORDIO FUORI DAL LAVORO ? (S) (N)

Se Si

attività sportive

incidenti domestici

guida prolungata

altro _____

➤ UTILIZZA FARMACI ? (S) (N) Quali ? _____

➤ ALTRE CURE ? (S) (N) Specificare:

➤ GLI EPISODI ACUTI HANNO DETERMINATO ASSENZA DAL LAVORO ? (S) (N)

Se Si, quanti giorni di assenza per ogni episodio nell'ultimo anno:

1(dal _____ al _____

2(dal _____ al _____

3(dal _____ al _____

4(dal _____ al _____

5(dal _____ al _____

➤ ACCERTAMENTI EFFETTUATI: (S) (N)

Rx rachide lombare (anno: _____)

TAC (anno: _____)

Risonanza magnetica (anno: _____)

Visita specialistica (anno: _____)

➤ PER I DIPENDENTI GIA' IN SERVIZIO:

Le patologie al rachide hanno determinato uno Spostamento ad altro reparto? (S) (N)

In presenza di accertamenti produrre fotocopia del relativo referto

N.B.: Dichiaro, sotto mia responsabilità di non aver omesso notizie utili all'accertamento dei disturbi relativi all'apparato indicato.

Pisa, li _____

Il dichiarante _____

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

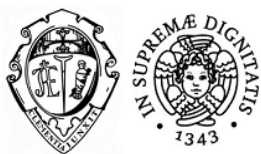
Istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40 - Regione 090 - Azienda 091

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro

Direttore: Dott. Giovanni Guglielmi

Struttura del Medico Competente - Ambulatorio di Radioprotezione
Medica

Ambulatorio Infermieristico
(IFC Dott.ssa Cinzia Brilli)



- 1) Il Trattamento dei dati personali è effettuato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, quale Titolare del Trattamento e dal Direttore della U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, Dott. Alfonso Cristaudo, nominato dal Titolare quale Responsabile del Trattamento;
- 2) Il Trattamenti effettuati per la compilazione della cartella sanitaria e di rischio e la raccolta dei referti degli esami clinici di laboratorio e strumentali, eventualmente eseguiti o eventualmente forniti dall'Interessato, sono finalizzati al rilascio di idoneità alla mansione specifica, così come previsto dal D.Lgs n.81/08 e successive modifiche; pertanto il conferimento dei dati suddetti è obbligatorio;
- 3) Il "trattamento" dei dati è effettuato a seguito dell'autorizzazione del Garante Provvedimento 27 novembre 1997, Autorizzazione n.2/97, Provvedimento del 31.12.2002, Autorizzazione n.2 e 4/02 e Provvedimento del 31.3.2004;
- 4) Il Trattamento di "Conservazione" è effettuato dal Responsabile del Trattamento dei dati, in qualità di Medico Competente, presso l'archivio della U.O. Medicina Preventiva del Lavoro dell' AOUP;
- 5) ai sensi dell'Art. 7 del D.lgs.196/2003 l'Interessato potrà esercitare i propri diritti e, in caso di mancata assunzione, potrà richiedere la cancellazione dei dati facendone istanza scritta al Responsabile del Trattamento; in caso di assunzione i dati verranno conservati, ai sensi delle vigenti normative di settore, assicurando la Tutela dei Dati e il rispetto del segreto professionale;
- 6) I dati sanitari saranno Trattati in formato elettronico ed in formato cartaceo; L'accesso alla documentazione cartacea, conservata in busta sigillata, ed alla documentazione in formato elettronico, protetta da Password di accesso, è limitato al solo personale afferente alla U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, formalmente Incaricato del Trattamento dal Responsabile/Direttore nonché, ove previsto dalle vigenti normative, da organismi preposti ai relativi controlli;
- 7) Il trattamento di Comunicazione Interna all'AOUP, per finalità amministrative, sarà effettuato nel rispetto dei principi di Liceità, Necessità, Pertinenza e non Eccedenza previsti dal "Codice Privacy" e nel rispetto delle prescrizioni emanate da Garante per la Tutela dei Dati personali sulla materia, limitano la comunicazione al giudizio di idoneità in cui compaiono i dati anagrafici, la mansione e l'idoneità.

Letta l'informativa il sottoscritto _____ nato il _____

A _____ e residente in _____

Via _____ n. _____ C.P. _____

ACCONSENTE

Al trattamento dei propri dati personali e, ai sensi dell'art.384 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, la presente dichiarazione, composta di numero pagine 1, è sottoscritta in presenza del dipendente AOUP (Direttore U.O. Medicina Preventiva del Lavoro).

Pisa, li _____

Il dichiarante: _____
(nome e cognome in stampatello)

_____ (firma)

Il dipendente: _____
(nome e cognome in stampatello)

_____ (firma)