

PROTOCOLLO DI SICUREZZA SANITARIA

Allegato 1

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE

(da inviare istitutostatalepascoli@centromail93.com con oggetto "SCHEDA ANAMNESTICA")

- LAVORATORE

Cognome e Nome _____ Nato/a a: _____ ()
il _____ Residente a: _____ () Via _____
Azienda: _____ Sede di: _____ Mansione : _____

(sbarrare la voce che interessa)

Soffre di:

- 1) *immunodepressione* SI NO;
- 2) *malattie polmonari gravi* SI NO;
- 3) *malattie cardiache* SI NO;
- 4) *diabete mellito* SI NO;
- 5) *malattie oncologiche o onco-ematologiche* SI NO;
- 6) *è attualmente in chemioterapia o radioterapia* SI NO;
- 7) *è in stato di gravidanza* SI (certificazione del ginecologo da allegare) NO
- 8) *assume farmaci?* SI, quali: _____ NO

NB. : allegare documentazione specialistica e/o certificato del medico curante

Data _____ Firma del lavoratore _____

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di Informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.
Acconto alla compilazione

Data _____

FIRMA

DA INVIARE AL MEDICO COMPETENTE ALLA SEGUENTE E-MAIL istitutostatalepascoli@centromail93.com entro e non oltre il 07/09/2020