

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI "LAVORATORE FRAGILE"

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 \_\_\_\_\_