

Dati del candidato Ospedale Casa anziani

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Professione esercitata _____

Candidato alla funzione di _____ % occupazione _____

Anamnesi personale remota

Problemi di salute significativi (indicare l'anno di comparsa e le conseguenti limitazioni)

Infortuni (indicare la causa, la data dell'evento e le conseguenti limitazioni)

Anamnesi personale recente

Malattie in corso (indicare la data di insorgenza, sintomatologia e terapia in atto)

Infortuni in corso (indicare la data dell'evento, sintomatologia e terapia in atto)

Interventi chirurgici previsti (indicare la data dell'intervento e la prevista convalescenza)

Gravidanza in corso _____

Fumo _____

Alcoolici _____

Stupefacenti _____

Medicinali _____

FC

PA

Peso Kg

Altezza cm

Esame obiettivo

- Apparato tegumentario
- Sistema scheletrico
- Sistema muscolare
- Sistema nervoso
- Apparato urinario
- Apparato cardiovascolare
- Apparato respiratorio
- Apparato digerente
- Apparato genitale
- Apparato endocrino
- Apparato organi di senso
- Sistema linfatico

Vaccinazioni (Allegare fotocopia libretto vaccinazioni)

Requisito per l'assunzione è garantire il quadro vaccinale aggiornato agli ultimi 6 mesi*

Obbligo di far pervenire il risultato

Vaccinazione epatite B*:

SI	NO
----	----

 anno Sierologie data e valore

Vaccinazione poliomielite:

SI	NO
----	----

 anno

Vaccinazione difterite/tetano*:

SI	NO
----	----

 anno ultimo richiamo

Obbligo di far pervenire il risultato

Vaccinazione tubercolosi:

SI	NO
----	----

 anno Quantiferone data risultato

Nel caso in cui la persona non sia vaccinata indicarne i motivi?

Ritiene il/la candidato/a idoneo/a all'impiego previsto?

SI	NO
----	----

 Obbligo di compilazione

Vi sono ragioni mediche che potrebbero determinare frequenti e/o prolungate assenze dal lavoro?

Medico certificatore

Nome _____ Cognome _____
 Indirizzo _____
 Tel. studio _____ E-mail _____

Certifico di aver visitato in data odierna il/la candidato/a e di aver risposto alle domande in modo esatto e coscienzioso.

Luogo, data _____ Timbro e firma del medico