

**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 \_\_\_\_\_

Stupefacenti \_\_\_\_\_

Alcolici \_\_\_\_\_

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\*

Vaccinazione epatite B\*: SI  NO  anno

Vaccinazione poliomielite: SI  NO  anno

Vaccinazione difterite/tetano\*: SI  NO  anno ultimo richiamo

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

Obbligo di far pervenire il risultato delle sierologie e del quantiferone

Indicare date del prelievo

- Ritieni il/la candidato/a idoneo/a all'impiego previsto? SI  NO  **Obbligo di compilazione**
- Vi sono ragioni mediche che impediscono al candidato di svolgere l'attività lavorativa nelle ore notturne? SI  NO
- 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 \_\_\_\_\_