

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 i seguenti risultati: (In caso di analisi in corso, indicare data del prelievo)

Sierologia per epatite B (anti HBs) Documento allegato Data del prelievo _____

Determinazione Quantiferon Documento allegato Data del prelievo _____

- Ritene 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 _____