

**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

Alcoolici

Medicinali

FC

PA

Peso Kg

Altezza cm

**Esame obiettivo**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apparato tegumentario    | <input type="checkbox"/> Sistema scheletrico      |
| <input type="checkbox"/> Sistema muscolare        | <input type="checkbox"/> Sistema nervoso          |
| <input type="checkbox"/> Apparato urinario        | <input type="checkbox"/> Apparato cardiovascolare |
| <input type="checkbox"/> Apparato respiratorio    | <input type="checkbox"/> Apparato digerente       |
| <input type="checkbox"/> Apparato genitale        | <input type="checkbox"/> Apparato endocrino       |
| <input type="checkbox"/> Apparato organi di senso | <input type="checkbox"/> Sistema linfatico        |

**Vaccinazioni** (Allegare fotocopia libretto vaccinazioni)

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

Vaccinazione epatite B*:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	anno	<input type="text"/>
Vaccinazione poliomielite:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	anno	<input type="text"/>
Vaccinazione difterite/tetano*:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	anno ultimo richiamo	<input type="text"/>

**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)	<input type="checkbox"/> Documento allegato	Data del prelievo	<input type="text"/>
Determinazione Quantiferon	<input type="checkbox"/> Documento allegato	Data del prelievo	<input type="text"/>

→ Ritiene 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**Cognome  Nome 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