|  |  |
| --- | --- |
| ftp://ftp.inail.it/dc-comunicazione/logo%20e%20marchio/logocompletotrasparente.bmp | ***QUESTIONARIO AUTO-SOMMINISTRATO FINALIZZATO ALLA******DEFINIZIONE DEI LAVORATORI “FRAGILI” IN AZIENDA*** |

IL SOTTOSCRITTO LAVORATORE



|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e NomeNato a: e-mail: | Sesso  **M**  **F**Il: C.FTel./cell. */* |
| *RITENENDO DI RIENTRARE NELLA CONDIZIONE DI “PERSONA FRAGILE”, NECESSITANTE DI ESSERE ESONERATO DA ATTIVITA’ LAVORATIVE IN PRESENZA CHE POTREBBERO COSTITUIRE MAGGIORE ESPOSIZIONE A RISCHIO DA COVID 19, PER LE CONDIZIONI IN CUI SI TROVA COME SOTTO INDICATE* |
| ***TALE FINE DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI:*** |
| si | no | *Di età > 55 anni* |  |
| si | no | *in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3,**comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 10* |
|  si | no | *presenza di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell’articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992* ”. |
|  si | no | *In presenza di stato di immunodepressione congenita o acquisita (es.:* trapiantati; malattie del connettivo come LES, sclerosi sistemica, Sind. Di Sjogren, ecc.; tiroidite di Hashimoto) |
|  si | no | *affetto da patologie croniche o con multimorbilità (es.:* diabetici ID; cardiovasculopatie ischemiche cardiache o vascolari o cerebrali; patologie polmonari; asma; BPCO; ipertensione arteriosa instabile; malattie infiammatorie croniche; sindromi da malassorbimento; malattie neuromuscolari gravi; obesità con BMI>30; insufficienza renale-surrenale cronica; malattie degli organi emopoietici; emoglobinopatie, epatopatiecroniche, fibrosi cistica, soggetti con deficit delle capacità cognitive; ecc.) |
|  si | no | *in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3,**comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 10* |
|  si | no | *controllato dal SSN perché risultato positivo alla effettuazione di tampone per Sars COV 2 e**successivamente negativizzato dopo il periodo di quarantena previsto* |
|  si | no | *asintomatico/paucisintomatico uscito da un periodo di quarantena volontaria dopo essere stato a**contatto con persone con sospetto contagio da Sars COV 2* |
| si | no | *Altro:* |  |

|  |
| --- |
| **Copia di eventuali referti diagnostici esibiti in allegato***Firma del lavoratore***Per autocertificazione a conferma della veridicità di quanto dichiarato e per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari ai sensi del****D. Lgs. 196/2003 e consenso informato alla trasmissione, da parte del Medico Competente, dell’esito della valutazione conclusiva****finalizzata alla tutela delle categorie “fragili” prevista dal DPCM 26.04.2020 per la situazione emergenziale da COVID 19** |
| *Data* |  | *Firma del Medico di Medicina Generale**(timbro e firma)***Per facoltativa attestazione certificata di quanto sopra dichiarato dal proprio Assistito e rilascio di parere positivo come Medico Curante a conoscenza della reale condizione di salute generale del proprio assistito alla indicazione della necessità di sottoporre lo stesso a maggiore tutela, per quanto possibile conoscere, nei confronti della Pandemia da COVID 19 e le patologie di cui si è a conoscenza** |
| si | no | *La presente autocertificazione è stata attestata dal proprio Medico di Medicina Generale* |
|  |  | *Dott* |
|  |  | *ed in caso negativo specificare la motivazione* |