



Al Medico curante del Volontario

Gentilissimo/a Dottore/Dottoressa,

Il/la Signor/Signora _____, Suo/a assistito/a, ci onora di essere fra le fila dei Nostri Volontari. È grazie al preziosissimo impegno di questi uomini e di queste donne che donano, con abnegazione, tempo ed esperienza, che si possono svolgere le attività dell'Associazione sia nell'emergenza che nelle campagne di prevenzione.

In questo nostro cammino, verso e per la gente, non potevamo non occuparci della Salute e della Sicurezza dei nostri Volontari, e, tal fine, è stato strutturato un percorso di controllo e sorveglianza sanitaria uniforme per tutto il territorio nazionale.

Mi prego di chiederLe, nella Sua qualità di maggiore depositario delle notizie sulla salute del nostro Volontario, di compilare un Certificato Anamnestico, allegato alla presente, primo anello della catena del controllo sanitario.

Nel pieno rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati personali, Le chiedo di riporre in busta chiusa il certificato compilato, che il Volontario avrà cura consegnare al Medico responsabile di questo Comitato della Croce Rossa Italiana Dr Giovanni Laghetto.

RingraziandoLa anticipatamente per la cortesia dimostrata e il tempo speso, Le invio cordiali saluti.-

Il Presidente

dr. Michele A. Michelon

CERTIFICATO ANAMNESTICO PER VOLONTARI DELLA
CROCE ROSSA ITALIANA

*I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa
in materia di riservatezza dei dati personali.*

*Siamo a sua completa disposizione per ogni chiarimento e la ringraziamo per la
collaborazione.*

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ____/____/____ Luogo di Nascita: _____

RESIDENZA

Città: _____ Provincia: _____

Indirizzo: _____ Nr Civico: _____

Cellulare: _____ E-mail: _____

Altezza (cm): _____ Peso (kg): _____

Professione attuale: _____

Medico curante: _____



1.	Patologie a carico dell'apparato cardiocircolatorio <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.	Diabete mellito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3.	Patologie a carico del sistema endocrino <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4.	Patologie a carico dell'apparato respiratorio <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5.	Patologie a carico del sistema nervoso <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6.	Patologie a carico dell'apparato osteoarticolare (con particolare riferimento alle patologie che possono compromettere la movimentazione manuale dei carichi). <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7.	Patologie a carico dell'apparato urogenitale <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8.	Patologie a carico del sangue e degli organi emopoietici <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9.	Patologie a carico degli organi di senso <i>Se sì specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10.	Problemi visivi <i>Se sì specificare quali:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11.	Infortuni sul lavoro <i>Se sì specificare per quale motivo e l'anno dell'accaduto</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

12.	Interventi chirurgici <i>Se si specificare per quale motivo e l'anno dell'intervento</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13.	Ricoveri ospedalieri <i>Se si specificare per quale motivo e l'anno del ricovero</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14.	Patologia di natura allergica <i>Se si specificarne la natura:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15.	Patologie di natura infettiva <i>Se si specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16.	Patologie psichiche/uso di sostanze psicotrope <i>Se si specificare la diagnosi:</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17.	Vaccinazioni <i>Se si specificare le ultime (quali e in quale anno):</i> • • • •	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Luogo: _____

Data: ____/____/____

Firma Medico Curante

Timbro Medico Curante