

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 1 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 (nome) (cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (.....) il \_\_\_\_\_  
 (luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (.....) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 (luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (.....) in via \_\_\_\_\_ n. ....  
 (luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.762 del d.P.R. 28.12.2000 n.445<sup>1</sup>, in caso di  
 dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, in qualità di

- ☐ operatore **sanitario/sociosanitario**, sottoposto a:
- ☐ visita medica periodica;
  - ☐ visita medica su richiesta del lavoratore per \_\_\_\_\_;
  - ☐ visita medica per cambio mansione;
  - ☐ visita medica per cessazione del rapporto di lavoro, ai sensi di \_\_\_\_\_;
  - ☐ visita medica a seguito di assenza, per motivi di salute, di durata superiore ai 60 giorni.

☐ assumendo presso alla AOUP, sottoposto a *visita medica preventiva preassuntiva*;

atta a constatare la mia *idoneità alla mansione specifica* di \_\_\_\_\_

da impiegarsi presso \_\_\_\_\_ della AOUP,

<sup>1</sup> **DPR 445/2000 - Articolo 47 - Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà**

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.

2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.

3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.

**DPR 445/2000 - Articolo 76 - Norme penali**

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico e punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 2 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

☐ di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- |                                                                 |                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> anti-poliomielitica                       | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-difterica                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tetanica                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite B                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pertosse                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-morbillo                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rosolia                              | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-varicella                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-parotite                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-influenzale                          | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica C                     | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica B                     | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pneumococco                          | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite A                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-papillomavirus                       | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-herpes zoster                        | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rotavirus                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tbc                                  | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-Covid 19                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> .....                                     |                                   |

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

**Il Dichiarante**

.....

*Ai sensi dell'articolo 38, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.*

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 3 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

## DICHIO

di avere compilato correttamente e compiutamente i sottoindicati questionari anamnestico-clinici:

**Patologie in corso, Invalidità Civile, Gravidanza, Audit C, TB, Allergie, Anamnesi**

Dichiaro inoltre che durante la visita medica nulla ho nascosto o taciuto sul mio stato di salute al Medico Competente/Autorizzato Dott. \_\_\_\_\_ in modo tale da indurlo in errore nell'esprimere il suo giudizio sulla mia idoneità alla mansione specifica.

Ai sensi dell'art.383 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la presente dichiarazione, costituita num. 03 pagine, è da me sottoscritta in presenza del Medico Competente/Autorizzato sopra indicato, dipendente della AOUP.

Pisa, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

Il Medico Competente/Autorizzato Dott. \_\_\_\_\_

**La AOUP e la UO Medicina Preventiva del Lavoro** rispettivamente in qualità di **Titolare** e **Responsabile** del trattamento dei dati personali relativi alla visita medica sopra indicata, informa che i dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR), in modo tale da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il soggetto interessato fornisce il seguente riconoscimento dell'informativa resa.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto in qualità di interessato, con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso affinché il titolare e/o responsabile procedano al trattamento dei propri dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa e per le finalità indicate.

Il dichiarante \_\_\_\_\_

### 3 DPR 445/2000 - Articolo 38 - Modalità di invio e sottoscrizione delle istanze

1. Tutte le istanze e le dichiarazioni da presentare alla pubblica amministrazione o ai gestori o esercenti di pubblici servizi possono essere inviate anche per fax e via telematica. (L)
2. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica. (R)
3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 15, comma 2 della legge 15 marzo 1997, n. 59. (L)

**(Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – visita medica preassuntiva - pagina 3 di 3)**

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 4 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

## AUTOCERTIFICAZIONE

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

(art.2 legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,  
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
 domicilio a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

- di essere stato affetto o di essere affetto al momento attuale dalle seguenti malattie:

|                            |                             |                             |       |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| TBC                        | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |       |
| Scabbia                    | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |       |
| Pediculosi                 | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |       |
| Infezione da Sars-Cov2     | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |       |
| Altro (se si specificare): | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | _____ |

☐ di fornire la **CERTIFICAZIONE VACCINALE COMPLETA**

### DICHIARA INOLTRE di essere:

#### A) INVALIDO CIVILE (S) (N)

Se **SI** indicare la percentuale di riduzione della capacità lavorativa accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile (.....%) dall'anno \_\_\_\_\_

#### B) INVALIDO DEL LAVORO (S) (N)

Se **SI** indicare il grado di invalidità accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti (.....%) dall'anno \_\_\_\_\_

#### C) PERSONA NON VEDENTE O SORDOMUTO (S) (N)

Di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni. Se **SI** dall'anno \_\_\_\_\_

#### D) PERSONA INVALIDA DI GUERRA, INVALIDA CIVILE DI GUERRA E INVALIDA PER SERVIZIO (S) (N)

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 5 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

Se **SI** indicare minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni (Categoria:.....) dall'anno\_\_\_\_\_

### **DICHIARA INOLTRE**

- di essere in stato di gravidanza;

si ☐ no ☐

- di essere in congedo di maternità.

si ☐ no ☐

### **DICHIARA INOLTRE**

### **AUDIT C**

1) Con quale frequenza assume bevande alcoliche?

|     |                                   |                   |                       |                           |
|-----|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| mai | Meno di una volta/1 volta al mese | 2-4 volte al mese | 2-3 volte a settimana | 4 o più volte a settimana |
|-----|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|

2) Quante bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

|       |       |       |       |          |
|-------|-------|-------|-------|----------|
| 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | 7 o 9 | 10 o più |
|-------|-------|-------|-------|----------|

3) Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione?

|     |                                   |                   |                       |                           |
|-----|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| mai | Meno di una volta/1 volta al mese | 2-4 volte al mese | 2-3 volte a settimana | 4 o più volte a settimana |
|-----|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|

### **DICHIARA INOLTRE**

### **TBC**

E' vaccinato per la TBC ? ☐ no ☐ si

Se sì, in che anno? \_\_\_\_\_

Ha eseguito in precedenza Test di Mantoux? ☐ no ☐ si Se sì, esito in mm\_\_\_\_\_

Ha mai eseguito in precedenza test Quantiferon? ☐ no ☐ si Se sì, quando e suo esito\_\_\_\_\_

### **DICHIARA INOLTRE**

### **QUESTIONARIO ALLERGIE**

➤ E' AFFETTO DA SPINA BIFIDA O MALFORMAZIONI UROGENITALI? (S) (N)

➤ E' STATO SOTTOPOSTO A RIPETUTI INTERVENTI CHIRURGICI IN ETA' INFANTILE? (S) (N)

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana</p> <p><b>U.O.</b></p> <p><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b></p> <p>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi)</p> | <p><b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b></p> <p><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E S.M.I</b></p> <p><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b></p> | <p>Pag. 6 di 11</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

- E' UN LAVORATORE DELLA SANITA' ? (S) (N)
- E' UN LAVORATORE DELL'INDUSTRIA DELLA GOMMA ? (S) (N)
- SA DI ESSERE ALLERGICO AL LATTICE ? (S) (N)
- HA NOTATO LA COMPARSA DELLE SEGUENTI REAZIONI DOPO CONTATTO CON GUANTI E/O ALTRI MANUFATTI DI GOMMA E/O DI LATTICE ? (S) (N)
  - Orticaria (S) (N)
  - Gonfiore al viso o alle labbra (S) (N)
  - Arrossamento occhi o gonfiore alle palpebre (S) (N)
  - Eczema alle mani (S) (N)
  - Raffreddore e/o prurito nasale (S) (N)
  - Congiuntivite (S) (N)
  - Asma (S) (N)
  - Shock anafilattico (S) (N)
- HA AVUTO REAZIONI ALLERGICHE DOPO ASSUNZIONE O CONTATTO CON I SEGUENTI ALIMENTI/PIANTE ?
  - Banana (S) (N)
  - Kiwi (S) (N)
  - Castagna (S) (N)
  - Arachide (S) (N)
  - Avocado (S) (N)
  - Papaya (S) (N)
  - Ananas (S) (N)
  - Ficus benjamin (S) (N)

## **SEZIONE 2**

- QUALCUNO FRA I SUOI PARENTI STRETTI SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA ALLERGICA ACCERTATA ? (S) (N) SE SI QUALE ? \_\_\_\_\_
- HA MAI AVUTO MALATTIE DELLA PELLE ? (S) (N) SE SI QUALI ? \_\_\_\_\_
- HA MAI AVUTO UNA DERMATITE AL LOBO DELL'ORECCHIO ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO UNA DERMATITE ALLE MANI ? (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DIAGNOSTICATO UNA ORTICARIA ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO PRURITO AL NASO E CRISI RIPETUTE DI STARNUTI (NON CONSIDERARE IL COMUNE RAFFREDDORE) (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI RINITE ALLERGICA ? (S) (N)
- HA MAI SOFFERTO DI CRISI RIPETUTE DI BRUCIORE E/O PRURITO OCULARE CON AUMENTO DELLA LACRIMAZIONE ? (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI CONGIUNTIVITE ALLERGICA ? (S) (N)
- HA MAI AFFANNO ? (S) (N)
- HA MAI AVUTO CRISI DI MANCANZA DI RESPIRO ? (S) (N)

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana</p> <p><b>U.O.</b><br/><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b></p> <p>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi)</p> | <p><b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b></p> <p><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br/><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br/><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br/><b>S.M.I</b></p> <p><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b></p> | <p>Pag. 7 di 11</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

- HA MAI AVUTO FISCHI E SIBILI SUL TORACE ? (S) (N)
- UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI ASMA BRONCHIALE ? (S) (N)
- E' ALLERGICO A QUALCHE METALLO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? \_\_\_\_\_
- E' ALLERGICO A QUALCHE MEDICINA ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? \_\_\_\_\_
- E' ALLERGICO A QUALCHE VACCINO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? \_\_\_\_\_
- E' ALLERGICO A QUALCHE ALIMENTO O BEVANDA ? (S) (N) \_\_\_\_\_
- E' ALLERGICO ALLE PUNTURE DEGLI INSETTI ? (S) (N)
- E' ALLERGICO A QUALCHE PROFUMO, SAPONE, DETERGENTE, DEODORANTE, DISINFETTANTE ? (S) (N)
- E' ALLERGICO A QUALCHE COSMETICO ? (S) (N)
- E' ALLERGICO AI CEROTTI ? (S) (N)
- SOFFRE DI QUALCHE ALTRO TIPO DI ALLERGIA ? (S) (N) SE SI QUALE ? \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 8 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

**DICHIARA INOLTRE**

**DI AVER CONTRATTO NEL CORSO DELLA VITA LE SEGUENTI PATOLOGIE O EFFETTUATO I SEGUENTI INTERVENTI CHIRURGICI:**

|       |           |
|-------|-----------|
| _____ | ETÀ _____ |
| _____ | ETÀ _____ |
| _____ | ETÀ _____ |
| _____ | ETÀ _____ |
| _____ | ETÀ _____ |
| _____ | ETÀ _____ |

**CHE NELLA PROPRIA FAMIGLIA SI SONO MANIFESTATE LE SEGUENTI PATOLOGIE**

|                 |                 |                             |
|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| FAMILIARE _____ | PATOLOGIA _____ | ETÀ EVENTUALE DECESSO _____ |
| FAMILIARE _____ | PATOLOGIA _____ | ETÀ EVENTUALE DECESSO _____ |
| FAMILIARE _____ | PATOLOGIA _____ | ETÀ EVENTUALE DECESSO _____ |
| FAMILIARE _____ | PATOLOGIA _____ | ETÀ EVENTUALE DECESSO _____ |
| FAMILIARE _____ | PATOLOGIA _____ | ETÀ EVENTUALE DECESSO _____ |

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 9 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

### DICHIARA INOLTRE

#### **ANAMNESI FISIOLOGICA**

##### **NATO/A DA PARTO:**

- ☐ NATURALE  
☐ CHIRURGICO A TERMINE  
☐ CHIRURGICO NON A TERMINE  
☐ DISTOCICO

##### **TITOLO DI STUDIO**

- ☐ NESSUNO  
☐ LICENZA ELEMENTARE  
☐ LICENZA MEDIA INFERIORE  
☐ QUALIFICA PROFESSIONALE  
☐ DIPLOMA SCUOLA SUPERIORE  
☐ LAUREA

**SERVIZIO MILITARE:** ☐ ASSOLTO; ☐ NON ASSOLTO; ☐ ESONERATO

**ATTIVITA' FISICA:** ☐ NESSUNA; ☐ AMATORIALE; ☐ AGONISTICA

ETA' MENARCA (PRIME MESTRUAZIONI) \_\_\_\_

CICLO MESTRUALE: ☐ REGOLARE; ☐ IRREGOLARE; ☐ DISMENORREA

##### **GRAVIDANZE:**

PARTI A TERMINE \_\_\_\_; PARTI PRETERMINE \_\_\_\_; ABORTI SPONTANEI \_\_\_\_; FIGLI VIVENTI \_\_\_\_

ETA' MENOPAUSA \_\_\_\_; DISTURBI IN MENOPAUSA \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana<br><br><b>U.O.</b><br><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b><br><br>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi) | <b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b><br><br><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br><b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br><b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br><b>S.M.I</b><br><br><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b> | Pag. 10 di 11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

**DICHIARA INOLTRE**

**PESO** \_\_\_\_ **ALTEZZA** \_\_\_\_

**ALVO:** ☐ REGOLARE; ☐ STITICO; ☐ DIARROICO; ☐ ALTERNANTE; ☐ COLITICO

**DIURESI:** ☐ REGOLARE; ☐ POLIURIA; ☐ NICTURIA; ☐ DISURIA; ☐ STRANGURIA

**SOFFRE DI INSONNIA:** ☐ SI, FARMACI \_\_\_\_\_ ☐ NO

**DIETA:** ☐ LIBERA; ☐ IPOCALORICA; ☐ PRIVA DI GLUTINE; ☐ VEGETARIANA/VEGANA;  
☐ IPOIODICA; ☐ DISSOCIATA; ☐ IPERPROTEICA; ☐ IPOPROTEICA

**CAFFE':** ☐ NO; ☐ SI, QUANTI AL GIORNO \_\_\_\_\_

**FUMO DI SIGARETTA:** ☐ NO; ☐ SI, QUANTE AL GIORNO \_\_\_\_; ANNI DI FUMO \_\_\_\_;

☐ EX FUMATORE/TRICE; IN CHE ANNO HA SMESSO \_\_\_\_\_

**EVENTUALI SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA IN ATTO (TOSSE, FEBBRE, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, RINITE ETC.)** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI LAVORATIVA:**

AZIENDA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ MANSIONE \_\_\_\_\_

AZIENDA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ MANSIONE \_\_\_\_\_

AZIENDA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ MANSIONE \_\_\_\_\_

AZIENDA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ MANSIONE \_\_\_\_\_

AZIENDA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ MANSIONE \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <p><b>Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana</b></p> <p><b>U.O.</b></p> <p><b>Medicina Preventiva del Lavoro</b></p> <p>(Direttore f.f. Dott. G. Guglielmi)</p> | <p align="center"><b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b></p> <p align="center"><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</b><br/> <b>(ART.471 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445) E</b><br/> <b>AUTOCERTIFICAZIONE IN OTTEMPERANZA AL D.LGS. 81/08 E</b><br/> <b>S.M.I</b></p> <p align="center"><b><u>DIRIGENZA SANITARIA MEDICA E NON MEDICA</u></b></p> | <p align="right">Pag. 11 di 11</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

- 1) Il Trattamento dei dati personali è effettuato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, quale Titolare del Trattamento e dal Direttore della U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, Dott. Giovanni Guglielmi, nominato dal Titolare quale Responsabile del Trattamento;
- 2) Il Trattamenti effettuati per la compilazione della cartella sanitaria e di rischio e la raccolta dei referti degli esami clinici di laboratorio e strumentali, eventualmente eseguiti o eventualmente forniti dall'Interessato, sono finalizzati al rilascio di idoneità alla mansione specifica, così come previsto dal D. Lgs. n.81/08 e successive modifiche; pertanto, il conferimento dei dati suddetti è obbligatorio;
- 3) Il "trattamento" dei dati è effettuato a seguito dell'autorizzazione del Garante Provvedimento 27 novembre1997, Autorizzazione n.2/97, Provvedimento del 31.12.2002, Autorizzazione n.2 e 4/02 e Provvedimento del 31.3.2004;
- 4) Il Trattamento di "Conservazione" è effettuato dal Responsabile del Trattamento dei dati, in qualità di Medico Competente, presso l'archivio della U.O. Medicina Preventiva del Lavoro dell' AOUP;
- 5) ai sensi dell'Art. 7 del D.lgs.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR) l'Interessato potrà esercitare i propri diritti e, in caso di mancata assunzione, potrà richiedere la cancellazione dei dati facendone istanza scritta al Responsabile del Trattamento; in caso di assunzione i dati verranno conservati, ai sensi delle vigenti normative di settore, assicurando la Tutela dei Dati e il rispetto del segreto professionale;
- 6) I dati sanitari saranno Trattati in formato elettronico ed in formato cartaceo; L'accesso alla documentazione cartacea, conservata in busta sigillata, ed alla documentazione in formato elettronico, protetta da Password di accesso, è limitato al solo personale afferente alla U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, formalmente Incaricato del Trattamento dal Responsabile/Direttore nonché, ove previsto dalle vigenti normative, da organismi preposti ai relativi controlli;
- 7) Il trattamento di Comunicazione Interna all'AOUP, per finalità amministrative, sarà effettuato nel rispetto dei principi di Liceità, Necessità, Pertinenza e non Eccedenza previsti dal "Codice Privacy" e nel rispetto delle prescrizioni emanate da Garante per la Tutela dei Dati personali sulla materia, limitano la comunicazione al giudizio di idoneità in cui compaiono i dati anagrafici, la mansione e l'idoneità.

Letta l'informativa il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 A \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

### **ACCONSENTE**

Al trattamento dei propri dati personali e, ai sensi dell'art.384 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, la presente dichiarazione, composta di numero pagine 1 , è sottoscritta in presenza del dipendente AOUP (Direttore U.O. Medicina Preventiva del Lavoro).

Pisa, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante: \_\_\_\_\_  
 (nome e cognome in stampatello) (firma)

Il dipendente: \_\_\_\_\_  
 (nome e cognome in stampatello) (firma)