



ASSOCIAZIONE
PUBBLICA ASSISTENZA DI FIDENZA

Via Don Tincati 3 43036 Fidenza (PR)- Tel 0524/82943 - Fax 0524/82842 - C.F. 82003150347

**CERTIFICATO ANAMNESTICO PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLE
MANSIONI DI AUTISTA - BARELLIERE - TELEFONISTA**

COGNOME

NOME

DATA e LUOGO DI NASCITA

PROFESSIONE

GRUPPO SANGUIGNO

AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare:

DIABETE NO SI

Trattamento con insulina
(specificare) NO SI

MALATTIE ENDOCRINE NO PREGRESSA IN ATTO
(specificare)

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale

Periferico

Postumi invalidanti

Epilessia

Altre

TURBE PSICHICHE NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie

Da traumatismi

Post-operatorie

Da ritardo mentale grave

Da psicosi

Della personalità

SOSTANZE PSICOATTIVE: NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool

Uso di stupefacenti

Uso di sostanze psicotrope

Dipendenza da alcool

Dipendenza da stupefacenti

Dipendenza da sostanze psicotrope

MALATTIE DEL SANGUE: NO PREGRESSA IN ATTO

(da specificare)

.....

MALATTIE DELL' APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: NO PREGRESSA IN ATTO

MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO: NO PREGRESSA IN ATTO

MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE: NO PREGRESSA IN ATTO

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito alle malattie di cui sopra e si impegna a segnalare al Direttore Sanitario della P.A. qualsiasi variazione importante delle proprie condizioni di salute.

In fede

....., li

.....

Firma e timbro lineare del Medico curante

GIUDIZIO SULL'IDONEITA' PSICO-FISICA

.....
.....
.....
.....
.....

IL DIRETTORE SANITARIO P.A.

.....