

IL SOTTOSCRITTO LAVORATORE

Cognome e Nome

Sesso

M

F

Nato a:

Il:

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail:

Tel./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, epatopatie croniche, 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

Firma del Medico di Medicina Generale

Data

(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