

**Dott. Antonio CHIERCHIA**  
**Medico Chirurgo**  
**Specialista in Endocrinologia e Malattie Metaboliche**  
**Medico Competente in Medicina del Lavoro**  
**Via Forcella 15 - 335/390112**  
**FROSINONE**

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI “LAVORATORE FRAGILE”**

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Nome Medico di Base \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere affetto dalle patologie

Patologia oncologica \_\_\_\_\_

Eventuale trattamento \_\_\_\_\_

Eventuale Immunodeficienza \_\_\_\_\_

Grave patologia cardiaca \_\_\_\_\_

Grave patologia Polmonare \_\_\_\_\_

Insufficienza Renale cronica in trattamento con \_\_\_\_\_

Insufficienza Surrenale cronica in trattamento con \_\_\_\_\_

Malattie ematologiche \_\_\_\_\_

Malattie infiammatorie croniche \_\_\_\_\_

Grave epatopatia cronica \_\_\_\_\_

Malattie autoimmuni \_\_\_\_\_

Diabete mellito insulinodipendente \_\_\_\_\_

Obesità o Magrezza patologica : altezza \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_

Acconsento affinché i miei dati personali siano usati per gli scopi di cui agli Art.9,13 e 14 del Regolamento (UE)2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016 (privacy). Consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci , attesto la veridicità di quanto dichiarato.

Allego alla presente la documentazione attestante la patologia denunciata

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_