**EMERGENZA COVID-19**

**SITUAZIONI DI PARTICOLARE FRAGILITÀ E PATOLOGIE ATTUALI O PREGRESSE**

**Il presente documento ed eventuali allegati devono essere trasmessi**

**ESCLUSIVAMENTE al Medico Competente**

Riferimenti del medico competente: Dott.ssa Lucia Di Renzo

Email [mdl@programsrl.com](mailto:mdl@programsrl.com) Tel. 0544.976365   
Inserire nell’oggetto della mail: SEGNALAZIONI DI POTENZIALE FRAGILITA’ COVID-19   
Per inviare la email è suggerito l’utilizzo del proprio indirizzo / account nome.cognome@inaf.it

***[CAMPI DA COMPILARE A CURA DEL/DELLA DIPENDENTE]***

Il/La dipendente / associato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Struttura INAF – ISTITUTO DI RADIOASTRONOMIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 BO\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 MEDICINA \_\_\_\_\_\_\_\_

Mansione:  
 🞏 VIDEOTERMINALISTA (Ricercatore, Amministrativo, ecc.)  
 🞏 TECNOLOGICA (videoterminalista e/o lavori in quota e/o lavori notturni solitari e/o laboratori / officine)

è affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e:

* DIABETE MELLITO
* CARDIOPATIE
* IPERTENSIONE ARTERIOSA IN TERAPIA FARMACOLOGICA
* PATOLOGIA IN TRATTAMENTO CON FARMACI IMMUNOSOPPRESSORI
* PREGRESSO TRAPIANTO D’ORGANO
* CONDIZIONI DI IMMUNODEFICIENZA CONGENITA
* PATOLOGIE CRONICHE APPARATO RESPIRATORIO
* INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
* PATOLOGIA NEOPLASTICA IN ATTO O PREGRESSA
* DISABILITÀ E/O INVALIDITÀ precisare e allegare documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PATOLOGIE METABOLICHE CON DANNO D’ORGANO
* ALTRE PATOLOGIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione del Medico di Medicina Generale e/o prodotta da strutture o professionisti sanitari appartenenti al Sistema Sanitario o con esso convenzionati.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_