



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO I.C. 1° PONTECORVO**

Via San Giovanni Battista - 03037 Pontecorvo (FR) ☎ **334 8434693**

Codice Meccanografico FRIC85300N - Codice Fiscale 90032260607

✉ fric85300n@istruzione.it ✉ fric85300n@pec.istruzione.it www.ic1pontecorvo.edu.it/

Prot. n. 2283

Pontecorvo, 09/05/2020

**AL DSGA e a tutto il PERSONALE ATA
IC 1 PONTECORVO**

SITO WEB

COMUNICAZIONE N. 110

OGGETTO: Questionario anamnestico al fine del riconoscimento di "LAVORATORE FRAGILE".

Si comunica che a seguito della Circolare n. 14915 del Ministero della Salute, per il contenimento della diffusione del COVID è stato aggiornato il Protocollo Condiviso di Regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19. In questo protocollo si forniscono direttive per le misure da mettere in atto per la tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori.

In particolare risulta importante l'individuazione dei "soggetti fragili" al fine di tutelarli nel contesto delle attività lavorative.

A tale scopo il medico competente di questa istituzione scolastica, Dott.ssa Francesca Salimei, ha trasmesso la nota informativa relativa all'aggiornamento del Protocollo suddetto e il questionario anamnestico finalizzato al riconoscimento di "soggetto fragile" tra i lavoratori.

I due documenti sono in allegato alla presente.

Si invitano i soggetti in indirizzo a:

- **Compilare il questionario**, anche se negativo (in questo caso con l'invio dei soli dati anagrafici e della scuola di servizio, barrando le restanti parti);
- **Inviare il questionario** all'indirizzo salimeif.coronavirus@gmail.com **entro 3 giorni** dalla ricezione della presente circolare **unitamente alle certificazioni mediche** attestanti le patologie denunciate, indicando nell'oggetto solo il nominativo del COMPRENSIVO ed il vostro COGNOME.

**Il Dirigente Scolastico
Prof. Cinzia Vettese**

Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs n.82/2005

Via F. Chiappini
1 03100
FROSINONE

Oggetto: individuazione soggetti "fragili"

Si rende noto che in data 29.04.2020 è stata pubblicata la Circolare n. 14915 del Ministero della Salute, che rimanda per alcuni aspetti anche all'aggiornamento del "PROTOCOLLO CONDIVISO DI REGOLAMENTAZIONE PER IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL

COVID - 19" emesso in data 24.04.2020, nel quale si forniscono direttive per le misure da mettere in atto per la tutela della salute e la sicurezza di Voi lavoratori.

Si ribadisce, in particolare, l'importanza dell'individuazione dei soggetti "fragili", al fine di tutelarli, ove possibile, nel contesto delle attività lavorative.

Essendo impossibile, in tempi brevi, procedere all'effettuazione di visite in sede, nonché alla valutazione puntuale dei dati anamnestici riportati nelle cartelle sanitarie (sia per la moltitudine di dati che per la possibilità di insorgenza di ulteriori patologie dall'ultima visita effettuata), si è creato un questionario riportante le principali patologie che potrebbero determinare una Vostra condizione di fragilità.

Vi chiedo cortesemente di compilarlo con attenzione e di rinviarmelo, entro 3 giorni dal ricevimento, alla mail dedicata salimeif.coronavirus@gmail.com, unitamente alle certificazioni mediche attestanti le patologie denunciate, indicando nell'oggetto solo il nominativo del COMPRENSIVO o della SCUOLA ed il vostro COGNOME.

Nel caso emergessero i requisiti di "fragilità" si valuterà con il Dirigente Scolastico la possibilità di mantenervi in servizio, adottando misure di prevenzione supplementari nei Vostri confronti; se ciò non fosse possibile, si indicherà la procedura per poter essere allontanati dal lavoro, secondo le modalità indicate nei decreti di prossima emanazione.

A disposizione per eventuali chiarimenti,

pogo cordiali saluti FR 05.05.2020

Salimei dott.ssa Francesca


QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI "LAVORATORE FRAGILE"
da restituire SOLO al medico competente (salimeif.coronavirus@gmail.com)

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____ ETÀ _____

CELLULARE: _____

NOME E RECAPITO MEDICO DI BASE _____

AZIENDA _____

DICHIARO DI ESSERE AFFETTO DALLE PATOLOGIE:

- ☐ Patologia oncologica:
 - ☐ diagnosticata nel _____
 - ☐ in attuale trattamento CHT
 - ☐ in attuale trattamento con immunosoppressori
- ☐ Immunodeficienza primaria o secondaria:

- ☐ Grave patologia cardiaca: _____
- ☐ Grave patologia polmonare cronica: _____
- ☐ Insufficienza renale cronica in trattamento con: _____
- ☐ Insufficienza surrenale cronica in trattamento con: _____
- ☐ Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie: _____
- ☐ Malattie infiammatorie croniche:

- ☐ Grave epatopatia cronica: _____
- ☐ Artrite reumatoide
- ☐ Lupus eritematoso
- ☐ Connettivi ti o Collagenopatie:
- ☐ Obesi tà: altezza _____ peso _____
- ☐ Diabete mellito insulino dipendente

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 sopra dichiarato

ALLEGO ALLA PRESENTE LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA PATOLOGIA DENUNCIATA

Data _____

Firma _____