



Associazione per l'
ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO del
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO

Via P. Mola 20 CH-6850 Mendrisio
091 640 30 60 [fax: 091 646 83 78]

RAPPORTO UFFICIALE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Da allegare in busta chiusa agli atti del concorso, da aprirsi esclusivamente dal medico di fiducia e del personale del Servizio (Dr. Vanni Manzocchi – Arzo)

Per legge la conservazione del documento è obbligatoria per almeno 10 anni

MEDICO	
Cognome	Nome
Luogo	Telefono
GENERALITÀ DEL CANDIDATO	
Cognome	Nome
Data di nascita	Via
NAP	Domicilio
Professione	
<input type="checkbox"/> Segretario/a o impiegato/a amministrativo/a	
<input type="checkbox"/> Infermiere/a responsabile o quadro aziendale	
<input type="checkbox"/> Infermiere/a CRS o Specializzata	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario
<input type="checkbox"/> Aiuto Familiare; Assistente Geriatrico/a; Assistente di Cura	
<input type="checkbox"/> Ausiliarie di Economia Domestica	

2. ANAMNESI PERSONALE REMOTA

Malattie subite (indicare la diagnosi e l'anno)

Operazioni e infortuni subiti (indicare la diagnosi e l'anno)

3. ANAMNESI PERSONALE RECENTE

Malattie in atto (indicare la diagnosi e quando)

Operazioni e infortuni in atto (indicare la diagnosi e quando)

Certifico che le informazioni ai punti 2 e 3 sono complete e veritiere

Luogo e data

Firma candidato

4. STATUS PRAESENS

Stato generale, stato di nutrizione, cute, linguaggio

Apparato locomotorio

Capo (occhi, ORL)

Sistema cardiocircolatorio (compreso PA)

Torace / Polmoni

Addome

Sistema uro-genitale

Sistema nervoso, psiche

5. DOMANDE COMPLEMENTARI

Vi è da prevedere che il (la) candidata sia esposto/a ad un'invalidita psico-fisica prematura ?

SI

NO

Se SI, in che misura e per quanto tempo ?

Eventuali ragioni di ordine medico che potrebbero determinare frequenti assenze dal lavoro ?

Controindicazioni mediche alla specifica attività per la quale il (la) candidato/a ha concorso ?

Certifico di aver visto in data odierna il (la) candidato/a e di aver risposto alle domande in modo esatto e coscienzioso

Luogo e data

Firma del Medico

OSSERVAZIONI ULTERIORI DEL MEDICO DI FAMIGLIA

