

CERTIFICATO ANAMNESTICO

COGNOME: _____

NOME: _____

data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale _____

Residente in via _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il mio assistito, presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) condizioni morbose, attuali o pregresse, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio: (se si specificare Diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Sistema neurologico : (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici:	SI	NO
Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	S	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Firma del volontario



ATTESTAZIONE DI CONTROLLO SANITARIO

(Art. 2 del DCPM 25 novembre 2013)

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ () il __/__/__,

Volontari del C.I.S.O.M., iscritto al Gruppo di _____

in esito al controllo sanitario effettuato, risulta possedere la capacità generica allo svolgimento delle attività di volontariato.

La presente attestazione ha validità di 5 anni e scadrà il /___ /___ .

Li,

IL MEDICO
(timbro e firma)

ATTESTAZIONE DI IDONETA' AI SERVIZI DI VOLONTARIATO

(para. 2 allegato 1 del DPCNI del 12 gennaio 2012 e para. 2 e 3 allegato 3 del DPCM nel 25 novembre 2013)

Il/La Sig./era _____

nato / a _____ il ____ / ____ /

Volontario del C.I.S.O.M., iscritto al Gruppo di _____

è IDONEO allo svolgimento dei seguenti compiti:

Assistenza alla popolazione: attività psicosociale	SI	NO
Assistenza alla popolazione: attività socio-assistenziale	SI	NO
Assistenza ai soggetti maggiormente vulnerabili (giovani, anziani, malati, disabili)	SI	NO
Informazione alla popolazione	SI	NO
Logistica	SI	NO
Soccorso ed assistenza sanitaria	SI	NO
Uso di attrezzature speciali	SI	NO
Conduzione di mezzi speciali	SI	NO
Predisposizione e somministrazione pasti	SI	NO
Supporto organizzativo anche nelle sale operative	SI	NO
Attività amministrative e di segreteria anche con video-terminali	SI	NO
Presidio del territorio	SI	NO
Attività di supporto al ripristino dello stato dei luoghi di tipo non spec.	SI	NO
Attività in materia di radio e telecomunicazioni	SI	NO
Attività di salvataggio in acqua	SI	NO
Attività cinofile	SI	NO
Attività di soccorso su piste	SI	NO
Attività di soccorso con mezzi e tecniche speciali	SI	NO

La presente attestazione ha validità **QUINQUENNALE** e scadrà il ____

data

IL MEDICO
 (timbro e firma)



ESAME OBIETTIVO.

Altezza: cm _____ Peso: Kg _____ B.M.T.: _____ P.A.: _____ / _____ FC: _____

Cute e mucose	non reperti patologici	altro.....
App. Respiratorio	non reperti patologici	altro.....
App. cardiovascolare	non reperti patologici	altro.....
App. digerente	non reperti patologici	altro.....
App. urogenitale	non reperti patologici	altro.....
App. osteoarticolare	non reperti patologici	altro.....
Sistema nervoso	non reperti patologici	altro.....

VACCINAZIONI IN CORSO DI VALIDITA'

ANTITETANICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANTI EPATITE B	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANTI EPATITE A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANTI TIFICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANTI MENINGOCOCCICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Giudizio di idoneità:

- idoneo ai servizi di volontariato
 non idoneo ai servizi di volontariato

Data:

IL MEDICO
(timbro e firma)

IL VOLONTARIO P.P.V.