



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "M.T. CICERONE" di ARPINO
con annesso CONVITTO NAZIONALE "TULLIANO"



Circ. n.° 119

Arpino, 31 agosto 2020

personale docente e ATA dell'I.C. "M. T.
Cicerone"

Al sito web della scuola

Al registro elettronico

Oggetto: Avvio sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi del D.L. 19 maggio 2020, n. 34

L'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 dispone l'avvio della "sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio contagio, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità".

Pertanto, tutti i lavoratori in servizio presso questa Istituzione Scolastica che ritengono di essere in condizioni di fragilità, dovranno compilare il questionario messo a punto dal Medico Competente (dott.ssa Francesca Salimei) e inviarlo all'indirizzo salimeif.coronavirus@gmail.com entro le ore 12:00 di venerdì 4 settembre 2020.

Nell'oggetto della mail si prega di specificare "Istituzione scolastica di appartenenza, cognome e nome".

Al questionario andrà allegata la documentazione sanitaria specialistica (visite, esami strumentali, relazioni cliniche, ecc) attestante le patologie denunciate.

La richiesta dovrà essere corredata da copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Cordiali Saluti .

LA DIRIGENTE SCOLASTICO - RETTORE
Prof.ssa Gabriella La Marca

Allegato

-QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI "LAVORATORE FRAGILI"

Dott.ssa Francesca Salimei
SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO
Via Casilina Sud km 76
03013 FERENTINO (FR)

Oggetto: individuazione soggetti "fragili"

Fin dai primi mesi dell'emergenza COVID 19 gli organi Istituzionali hanno posto particolare rilievo alla tutela dei cosiddetti lavoratori "fragili".

Negli ultimi giorni, inoltre, i vari documenti emanati (Leggi, protocolli, circolari, ecc) per il rientro in sicurezza nelle scuole ribadiscono la necessità di individuare i soggetti "fragili" anche tra il personale docente, nei confronti dei quali andranno attivate misure di prevenzione precise che saranno indicate entro l'inizio del prossimo anno scolastico dal Ministero dell'Istruzione, in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro ed il Ministero per la Pubblica Amministrazione.

A tal fine si è messo a punto un questionario riportante le principali patologie che potrebbero determinare una Vostra condizione di fragilità.

Vi chiedo cortesemente di compilarlo con attenzione, firmarlo e rinviarmelo **SOLO** nel caso sia stata segnata almeno una voce tra quelle indicate, entro il 4 settembre, alla mail dedicata salimeif.coronavirus@gmail.com.

Andrà indicato nell'oggetto il nominativo della SCUOLA ed il vostro COGNOME.

Al questionario andrà allegata la documentazione sanitaria specialistica (visite, esami strumentali, relazioni cliniche, ecc) attestante le patologie denunciate.


SI RACCOMANDA DI NON INVIARE MAIL DI CHIARIMENTI IN MERITO AD ALTRE PATOLOGIE NON MENZIONATE NEL QUESTIONARIO.

L'elenco dei dipendenti fragili verrà inviato solo al Dirigente Scolastico, con il quale si valuteranno le misure preventive da mettere in atto nei Vostri confronti in base alle indicazioni fornite dagli organismi preposti.

Nel caso in cui riteniate che la Vostra patologia non sia stata opportunamente valutata potete far richiesta al Dirigente Scolastico di essere da me sottoposti a visita medica straordinaria.

Ringraziando per la collaborazione, porgo distinti saluti

FR 31.08.2020

Salimei dott.ssa Francesca


QUESTIONARIO ANAMNESTICO AL FINE DEL RICONOSCIMENTO DI "LAVORATORE FRAGILE"
da restituire, SOLO nel caso in cui abbiate evidenziato una delle voci riportate, al Medico Competente
(salimeif.coronavirus@gmail.com)

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____
LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____ ETÀ _____
CELLULARE _____ ALTEZZA _____ PESO _____
NOME _____ E _____ RECAPITO _____ MEDICO _____ DI _____ BASE _____
SCUOLA O ISTITUTO _____

DICHIARO DI ESSERE AFFETTO DALLE PATOLOGIE:

- Patologia oncologica:
 - diagnosticata nel _____
 - organo interessato _____
 - in attuale trattamento CHT
 - in attuale trattamento con immunosoppressori
- Immunodeficienza primaria o secondaria: _____
- Patologia in trattamento con immunosoppressori: _____
- 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 in trattamento con: _____
- Lupus eritematoso in trattamento con: _____
- Connettiviti o Collagenopatie: _____
- 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 _____