**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**

***[CAMPI DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA INAF]***

Struttura INAF – OSSERVATORIO ASTRONOMICO DI PALERMO “G.S. VAIANA”

Riferimenti del medico competente: DOTT. SALVATORE BELLIA, Email [s.bellia@yahoo.it](mailto:s.bellia@yahoo.it)

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

Il/La dipendente/assimilato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Struttura INAF - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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