



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SERVIZIO IGIENE ALIMENTI e NUTRIZIONE ASL BAT

S.I.A.N.

SCHEMA-DICHIARAZIONE ANAMNISTICA PER IL RILASCIO O RINNOVO DEL LIBRETTO DI

IDONEITA' SANITARIA

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE: _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ INDIRIZZO _____

COMUNE _____ TELEFONO _____ NAZIONALITA' _____

SETTORE _____ MANSIONE _____

PRESSO (DITTA) _____

A – ANAMNESI FAMILIARE

- | | | | |
|----|--|----|------|
| 1. | Vi sono stati recentemente casi di febbre tifoide in conviventi/partner/contatti abituali? | SI | - NO |
| 2. | Vi sono stati recentemente casi di salmonellosi in conviventi/partner/contatti abituali? | SI | NO |
| 3. | Vi sono stati recentemente casi di epatite virale A in conviventi/partner/contatti abituali? | SI | NO |
| 4. | Negli ultimi due anni vi sono stati casi di TBC in conviventi/partner/contatti abituali? | SI | NO |

B – ANAMNESI PERSONALE

HA AVUTO IN PASSATO:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|----|----|------------------------|
| - | Febbre tifoide o altre salmonellosi | SI | NO | Quanto tempo fa? _____ |
| - | Febbre parassitosi intestinali | SI | NO | Quanto tempo fa? _____ |
| - | Epatite virale di tipo A | SI | NO | Quanto tempo fa? _____ |
| - | TBC polmonare | SI | NO | Quanto tempo fa? _____ |
| - | _____ | SI | NO | Quanto tempo fa? _____ |
| - | _____ | SI | NO | Quanto tempo fa? _____ |

Soffre attualmente di:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| - | Eruzione cutanea | SI | NO |
| - | Foruncolosi | SI | NO |
| - | Diarrea o vomito attualmente o negli ultimi sette giorni | SI | NO |
| - | Ipersecrezione a livello degli occhi | SI | NO |
| - | Ipersecrezione a livello delle orecchie | SI | NO |
| - | Ipersecrezione a livello del naso | SI | NO |
| - | Tosse persistente | SI | NO |

IL DICHIARANTE



ASL BT

PugliaSalute

3. Ha vissuto all'estero?

- In caso affermativo in che luogo? _____

- In che periodo? _____

4. Si è recentemente recato all'estero (negli ultimi tre mesi)?

SI

NO

- In caso affermativo in che luogo? _____

- In che periodo? _____

IL SOTTOSCRITTO / A AUTORIZZA, PER GLI EFFETTI DEL Dlgs. 30 giugno 2003 n. 196 CODESTA P.A. AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI, A CURA DEL PERSONALE DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL BAT). INOLTRE, AI SENSI ED EFFETTI DEGLI ART. 46, 47, 48 DEL DPR. 445/2000, E' CONSAPEVOLE, IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, DI FALSITA' IN ATTI E USO DI ATTI FALSI, DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DAL DPR 445/2000.

Data e luogo

Firma leggibile
