



Al Presidenti dei Comitati Provinciali e Locali

Ai Referenti Sanitari dei Comitati Provinciali e Locali

p.c. Al Presidente Regionale

Avv. R. Valastro

Palermo, li 23 OTT. 2014

Protocollo n: 4622

Allegati

Oggetto: O.P. n° 48 del 29 maggio 2013

Con riferimento alla riunione tenutasi a Catania il 19/10/2014 tra la scrivente Direzione Sanitaria Regionale e i Referenti sanitari dei Comitati Provinciali e Locali si inoltra l'O.P. n° 48 con oggetto: Disposizioni in ordine alle visite mediche dei volontari C.R.I.

Si rammenta la necessità di opportuno sistema di vigilanza del materiale prodotto in quanto trattasi di dati sensibili e, quindi, soggetti alla normativa sulla tutela della privacy.

Su richiesta le sche de sono disponibili anche su Word.

Si rimane sempre a disposizione.

Il Direttore Sanitario Regionale

Dott.ssa Antonella Fabiano



II PRESIDENTE

- VISTO lo Statuto della Croce Rossa Italiana;
- VISTO l'articolo 5.1. lettera f del Regolamento dei Volontari della Croce Rossa Italiana, approvato con l'O.C. 3 dicembre 2012, n. 567/2012, ove è previsto che ogni Volontario C.R.I., nell'esercizio delle sue funzioni, ha diritto *"a periodico accertamento sanitario, in funzione delle attività svolte, a cura e con oneri a carico del Comitato C.R.I. di appartenenza, secondo quanto previsto dalla normativa vigente. La frequenza di tali accertamenti, almeno biennale, viene decisa dal medico competente in relazione allo stato di salute del Volontario C.R.I. e alle attività svolte"*;
- VISTO il decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Protezione Civile del 12 gennaio 2012 (Gazzetta Ufficiale del 12 aprile 2012) come attuazione dell'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81, ove prevede che il Volontario, nell'ambito degli scenari di rischio individuati dall'allegato 1, ai fini della sicurezza e tutela della salute venga adeguatamente informato, formato e addestrato sulle tematiche della Sicurezza, oltre ad essere dotato di attrezzature e di dispositivi di protezione individuali nell'ambito degli scenari di rischio e sulla base dei compiti da lui svolti, e sia sottoposto con periodicità al "Controllo sanitario" e, laddove necessario, a "Sorveglianza Sanitaria";
- RITENUTO opportuno dettare apposite linee guida per i Comitati C.R.I. della regione, così da consentirgli di rendere effettivi i sopracitati diritti dei Volontari C.R.I.;
- SULLA PROPOSTA del Direttore Sanitario Regionale, che ha relazionato anche alla seduta della Consulta dei Presidenti dei Comitati C.R.I. della Sicilia del 6 aprile 2013;
- CON I POTERI di cui al decreto legislativo 28 settembre 2012 n.178;

DETERMINA

1. (Acquisizione di informazioni relative alla salute del Volontario)

L'acquisizione di informazioni relative alla salute del Volontario è effettuata tramite il medico di medicina generale nelle cui liste è iscritto.

I dati possono essere acquisiti tramite un "Certificato anamnestico" (allegato 1) accompagnato da una lettera esplicativa a firma del Direttore Sanitario Regionale (allegato 2).

Il certificato fornisce una prima fonte di informazioni sulla salute del Volontario.



2. (Controllo sanitario)

A norma di legge, si definisce controllo sanitario il riconoscimento della capacità generica del soggetto allo svolgimento dell'attività di volontariato.

Il controllo sanitario è effettuato da medici abilitati all'esercizio della professione, che possono essere individuati anche tra le file dei medici appartenenti alla C.R.I., con la seguente periodicità:

- a. cadenza almeno quinquennale per i volontari di età inferiore ai 60 anni;
- b. cadenza almeno biennale per i volontari di età superiore ai 60 anni.

Sono contenuti del controllo sanitario:

- a. visita medica: raccolta anamnestica (allegato 3) ed esame obiettivo (allegato 4). Nella visita medica occorre fare particolare attenzione rispetto alle patologie correlabili agli scenari di rischio, alle patologie che possano controindicare l'esposizione al rischio ergonomico o di movimentazione manuale di carichi, alle abitudini di vita che possano costituire cofattori di rischio all'attività lavorativa (alcolismo, tossicodipendenze) ed alle situazioni di stress lavoro-correlato;
- b. vaccinazioni.

Qualora il medico che effettua il Controllo sanitario lo ritenga necessario può:

- a. richiedere accertamenti diagnostici;
- b. inviare il Volontario a visita dal Medico Competente, nei casi in cui sia necessaria la consulenza dello specialista in materia di Medicina del Lavoro.

Il medico che effettua il Controllo sanitario rilascia un'attestazione sulla valutazione della capacità generica del soggetto allo svolgimento dell'attività di volontariato (allegato 5).

3. (Sorveglianza sanitaria)

A norma dell'articolo 41 del dlgs. 81/08, si definisce Sorveglianza sanitaria quell'insieme di atti medici finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei volontari, in relazione agli scenari di rischio di protezione civile, ai compiti svolti dai Volontari e all'esposizione di questi ultimi ai fattori di rischio previsti dal decreto 81/ 2008 e successive modifiche.

I fattori di rischio previsti riguardano:

- a. titolo VI (movimentazione di carichi manuali). Il titolo rimanda all'allegato XXXIII e alle norme tecniche ISO 11228 (parti 1, 2, 3) articolo 168 comma 3;
- b. titolo VII (attrezzature munite di videotermini);
- c. titolo VIII (agenti fisici: rumori, ultrasuoni, infrarossi, vibrazioni meccaniche, campi elettromagnetici, radiazioni ottiche, microclima);
- d. titolo IX (sostanze pericolose limitatamente al Capo I che ne fornisce la definizione e cioè agenti chimici considerando la pericolosità certa o presunta, il tipo di attività, il valore limite di esposizione e il valore limite biologico);
- e. titolo X (agenti biologici, relativamente agli agenti appartenenti ai gruppi 2, 3, 4 dell'articolo 268 comma 1).

Le attività di volontariato non devono assolutamente comportare l'esposizione a fattori di rischio previsti al Titolo IX (sostanze pericolose) relativamente ai Capi II (protezione da agenti cancerogeni e mutageni) e III (protezione da rischi connessi ad esposizione all'amianto) e Titolo XI.

Ogni esposizione accidentale deve necessariamente essere indirizzata verso la Sorveglianza sanitaria.

A norma di legge, il tempo di impiego oltre il quale il Volontario deve essere sottoposto a sorveglianza è pari a 535 ore annue (circa 10 ore settimanali) o 65 giorni di volontariato



annui. Nei casi di svolgimento di servizi di emergenza-urgenza sanitaria, la Sorveglianza sanitaria va effettuata ogni anno per un quantitativo pari o superiore a 535 ore, e ogni due anni per un quantitativo non inferiore alle 250 ore.

La sorveglianza sanitaria è di spettanza del Medico Competente, da individuare tra i Medici di Croce Rossa o esterni, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 38 del dlgs. 81/08.

Il Medico Competente svolge le sue funzioni secondo quanto esplicitato dall'articolo 41 del dlgs. 81/2008, usufruendo di esami clinici, biologici e indagini diagnostiche a sua discrezione e facendo riferimento ai compiti effettivamente svolti dai Volontari e agli scenari di rischio.

Relativamente al rischio che aveva determinato la richiesta di Sorveglianza sanitaria, e ferma restando "la valutazione in ordine di capacità generica del soggetto allo svolgimento dell'attività di volontariato", il Medico Competente emette un giudizio di:

- a. idoneità;
- b. idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c. inidoneità temporanea;
- d. inidoneità permanente

4. (Buone prassi)

Ai fini di una corretta tutela dei Volontari C.R.I. che ricoprono funzioni di:

- a. Operatori polivalenti di salvataggio in acqua (O.P.S.A.)
- b. Operatori addetti al soccorso su piste di sci
- c. Operatori addetti ai soccorsi con mezzi e tecniche specialistici (S.M.T.S.)
- d. Operatori addetti alle unità cinofile
- e. Operatori addetti alle attività di emergenza
- f. Operatori addetti ai nuclei di N.B.C.R.
- g. Operatori addetti al Reparto di Sanità Pubblica (R.S.P.)

si consiglia di integrare il Controllo sanitario con:

- a. Esami ematochimici (emocromo con formula, transaminasi, glicemia, azotemia, creatinina, prove emogeniche);
- b. Esame completo delle urine;
- c. E.C.G. da riposo e da sforzo;
- d. Spirometria;
- e. Esame audio vestibolare;
- f. Visita oculistica;
- g. Test di tolleranza all'ossigeno iperbarico (per chi è impegnato in attività subaquea).

5. (Obblighi dei Comitati territoriali C.R.I.)

Ai fini della presente Ordinanza ed in ossequio allo Statuto della C.R.I. ed a tutte le altre norme vigenti, i Comitati Provinciali e Locali C.R.I. della Sicilia sono tenuti a dare puntuale esecuzione alla presente ordinanza, all'uopo individuando fra un referente sanitario i medici appartenenti alla C.R.I.

Il nominativo del referente sanitario va comunicato al Direttore Sanitario Regionale C.R.I.



INCARICA

l'Ufficio di Segreteria di Presidenza a trasmettere copia della presente Ordinanza:

- ai Presidenti dei Comitati C.R.I. della Sicilia, che provvederanno a darne puntuale esecuzione;
- al Direttore Sanitario Regionale C.R.I.;
- al Direttore Regionale C.R.I.;
- al Servizio Attività di vigilanza ed ispettiva dei Comitati Territoriali del Comitato Centrale C.R.I.;
- ai Delegati Tecnici Regionali del Comitato Regionale C.R.I.

La presente Ordinanza dovrà essere pubblicata sul sito web istituzionale, nei modi e nelle forme di cui all'O.P. n. 1 del 29 gennaio 2013.

L'originale della presente Ordinanza sarà conservato in un apposito raccoglitore presso la Segreteria di Presidenza, sotto la sorveglianza del Capo Ufficio.

Il Presidente
F.to Avv. Rosario M.G. Valastro

L'atto non comporta oneri
Il Capo Ufficio Ragioneria
(Mar. Ca. Renato Cocilovo)



Certificato anamnestico per Volontari C.R.I.

I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

Siamo a Sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Grazie.

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

altezza (cm) _____ peso (kg) _____ professione attuale _____

Medico curante dott. _____

1.	patologie a carico dell'apparato cardiocircolatori (se si specificare la diagnosi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
2.	diabete mellito	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
3.	patologie a carico del sistema endocrino (se si specificare la diagnosi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no



4.	patologie a carico dell'apparato respiratorio <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
5.	patologie a carico del sistema nervoso <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
6.	patologie a carico dell'apparato osteoarticolare <i>(con particolare riferimento alle patologie che possono compromettere la movimentazione manuale dei carichi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
7.	patologie a carico dell'apparato urogenitale <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
8.	patologie a carico del sangue e degli organi emopoietici <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
9.	patologie a carico degli organi di senso	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	problemi visivi: se si quali?	



10	<ul style="list-style-type: none">• infortuni sul lavoro: se sì per quale motivo ed in che anno?• interventi chirurgici: se sì per quale motivo ed in che anno?• ricoveri ospedalieri: se sì per quale motivo ed in che anno?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
11	patologie di natura allergica (se sì specificarne la natura)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
12	vaccinazioni ultime (quali ed in quale anno):	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
13	patologie psichiche - uso di sostanze psicotrope	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Data,

dr.....

timbro



Gentilissimo/a Collega,

Il/la Signor/Signora, tuo/a assistito/a, ci onora di essere fra le fila dei Nostri Volontari. È grazie al preziosissimo impegno di questi uomini e di queste donne che donano, con abnegazione, tempo ed esperienza che possiamo svolgere le attività dell'Associazione sia nell'emergenza che nelle campagne di prevenzione.

In questo nostro cammino, verso e per la gente, non potevamo non occuparci della Salute e della Sicurezza dei nostri Volontari, e, tal fine, abbiamo strutturato un percorso di controllo e sorveglianza sanitaria uniforme per tutto il territorio nazionale.

Ora Ti chiediamo, cortesemente, in qualità di maggiore depositario delle notizie sulla salute del nostro Volontario, di compilarci un Certificato Anamnestico, che trovi allegato alla presente, primo anello della catena del controllo sanitario.

Ringraziandoti anticipatamente per la cortesia dimostrata e il tempo speso ti inviamo cordiali saluti.-

Il Direttore Sanitario Regionale
Dr. Antonella Fabiano



Controllo sanitario – Questionario anamnestico

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

altezza (cm) _____ peso (kg) _____ professione attuale _____

Medico curante dott. _____

Fuma? Se si quante sigarette al di? _____ Da quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beve alcoolici? Se si quanti bicchieri di vino al giorno? _____ Quanti di superalcoolici? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Prende medicine regolarmente? Se si quali e in quali dosi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Porta apparecchi acustici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Porta occhiali o lenti a contatto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha consultato il Suo medico recentemente? Se si per quale motivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Ha avuto di recente visite specialistiche? Se sì quali e perché?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto ricoveri di recente? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto traumi di recente? Se sì quali ? Ha avuto una ripresa totale?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha fatto analisi cliniche nell'ultimo anno? Ha il referto ?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Si è sottoposto di recente ad indagini strumentali? Se sì quali e perché.	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto nell'ultimo anno eventi stressanti? (lutti, problemi affettivi, problemi lavorativi.....)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha mai sofferto di disagi psicologici (ansia, depressione.....)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
La sua alimentazione è corretta?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
La qualità del suo sonno è buona? Quante ore dorme la notte?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Che lavoro fa? Quante ore lavora ogni settimana?	
È un turnista?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sul luogo di lavoro viene sottoposto a visite periodiche?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Le sono state fatte delle limitazioni alla sua attività lavorativa? (movimentazione dei carichi.....)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
È sposato?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha figli? Se sì i suoi figli sono in buona salute?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
I suoi genitori sono viventi? Se sì sono in buona salute?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Nella sua famiglia ci sono casi di malattie cardiovascolari, o diabete, o m. eurologiche, o m. psichiatriche, o malattie metaboliche (diabete....)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO



Se di sesso femminile, pensa ci sia la possibilità di essere incinta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se di sesso femminile: ha avuto gravidanze? Se sì, in che anno? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È mai stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni? Indichi l'anno per favore Antitetanico difterica Anti Epatite B Altre vaccinazioni?	
Ha mai avuto interventi chirurgici? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto incidenti? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto infortuni sul lavoro? Se sì per quale motivo e in che anno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre di allergie o di ipersensibilità (asma, raffreddore da fieno, allergie da contatto, allergie a farmaci)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riesce a salire 10 gradini senza bisogno di fermarsi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riesce a fare 10 flessioni senza provare dolore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie cardiache (infarto, angina, difetti cardiaci, aritmie)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di pressione alta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie vascolari (disturbi circolatori, vene varicose, trombosi, tromboflebiti)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie respiratorie (asma, bronchite cronica, enfisema polmonare, tubercolosi...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del fegato (epatite..)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie dei reni e delle vie urinarie (nefriti, pielonefriti, calcoli renali)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Soffre o ha sofferto in passato di malattie gastrointestinali (ulcera, gastrite, colite)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie metaboliche (diabete mellito)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di) malattie della tiroide (iper o ipotiroidismo)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del sistema nervoso (epilessia, emiparesi....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie dello scheletro (protrusioni erniarie della colonna vertebrale, patologie del ginocchio.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie muscolari (strappi m., miositi, crampi notturni.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del sangue (anemia...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di tendenza al facile sanguinamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di glaucoma o di altre malattie dell'occhio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha da fare segnalazioni sulla sua salute?	
Se sì quali?	
-	
-	
-	
-	
Si allega:	
-	
-	



Soffre o ha sofferto in passato di malattie gastrointestinali (ulcera, gastrite, colite)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie metaboliche (diabete mellito)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di) malattie della tiroide (iper o ipotiroidismo)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del sistema nervoso (epilessia, emiparesi....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie dello scheletro (protrusioni erniarie della colonna vertebrale, patologie del ginocchio.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie muscolari (strappi m., miositi, crampi notturni.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del sangue (anemia...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di tendenza al facile sanguinamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di glaucoma o di altre malattie dell'occhio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha da fare segnalazioni sulla sua salute?	
Se sì quali?	
-	
-	
-	
-	
Si allega:	
-	
-	



Controllo sanitario – Esame obiettivo orale

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

Medico curante dott. _____

ASPETTO GENERALE				
non sofferente		sofferente		
DECUBITO				
indifferente		obbligato		
SENSORIO				
integro	obnubilato		irritato	
STATO DI NUTRIZIONE.				
Peso:.....		Altezza:.....		
eunutrito	sovrappeso	sottopeso	obeso	
STATO DI SANGUIFICAZIONE				
buono		pallore		Rossore
PRESSIONE ARTERIOSA	FREQUENZA CARDIACA	FREQUENZA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SpO2



MUCOSE VISIBILI						
rosee			altro:			
CUTE E ANNESSI						
nulla di patologico			altro:			
APPARATO LINFOGHIANDOLE SUPERFICIALE						
apparentemente indenne (nessun linfonodo palpabile)			linfonodi palpabili (specificare)			
MASSE MUSCOLARI						
normotrofiche		ipotrofiche		ipertrofiche		
SCHELETRO						
apparentemente indenne		deformazioni, tumefazioni		dolorabilità		
CAPO						
mobilità	dolorabilità	bulbi oculari	naso	bocca	lingua	denti
COLLO						
dolorabilità		tiroide		vasi sanguigni		
TORACE						
forma		mobilità		simmetria		punti dolenti
APPARATO RESPIRATORIO						
ascoltazione:			percussione:			



CUORE			
ritmo	toni	pause	
ADDOME			
Ispezione			
forma	cicatrice ombelicale	cicatrice chirurgica	reticoli venosi
Ascoltazione (peristalsi)	Palpazione	Percussione	
FEGATO		ZONA COLECISTICA	
palpazione	percussione	dolorabilità	
ARTI			
nulla di patologico		altro:	
REGIONE LOMBARRE			
nulla di patologico		altro:	
SISTEMA NERVOSO			
Mobilità attiva			
conservata		altro	
Mobilità passiva			
conservata		patologica (Lasegue, anchilosi...)	
Tono			
normale	ipertono	ipotono	
Riflessi			
evocabili	non evocabili	asimmetrici	
Sensibilità			
conservata		deficit	



Equilibrio e coordinazione	
integro	deficit
Psiche	
nulla di patologico	altro
VISTA	
nulla di patologico	altro
UDITO	
nulla di patologico	altro

Data,

dr.....

timbro



Attestazione di idoneità ai servizi di volontariato nella Croce Rossa Italiana
Controllo sanitario

Ai sensi del punto 2 (Compiti svolti dai volontari) dell'allegato 1 del Decreto del 12 gennaio 2012 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Protezione Civile, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 12 aprile 2012,

SI ATTESTA CHE

Il/la Sig./Sig.ra.....

nato/a a il.....

residente a..... in via/piazza.....n.....

in qualità di Volontario della Croce Rossa Italiana, iscritto al Comitato di.....

è **IDONEO** allo svolgimento dei seguenti compiti:

Assistenza alla popolazione: attività psicosociale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assistenza alla popolazione: attività socio-assistenziale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assistenza ai soggetti maggiormente vulnerabili (giovani, anziani, malati, disabili)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Informazione alla popolazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Logistica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soccorso e assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Uso di attrezzature speciali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Conduzione di mezzi speciali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Predisposizione e somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Supporto organizzativo anche nelle sale operative	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività amministrative e di segreteria anche con video-terminali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presidio del territorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività di supporto al ripristino dello stato dei luoghi di tipo non specialistico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Attività in materia di radio e telecomunicazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività salvataggio in acqua	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività cinofile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività di soccorso su piste	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività di soccorsi con mezzi e tecniche speciali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Il medico si riserva di:

Chiedere consulenza medico competente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Stabilire nuovo controllo sanitario <i>Se sì fra:.....</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data,

dr.....

timbro

Firma del Volontario per presa visione