



Cagliari li 23-04-2012

Protocollo n. 1183

A Tutti i Volontari CRI Sardegna

Cari Volontari Tutti,

come certamente sapete, il nostro Regolamento per l'Organizzazione ed il Funzionamento delle Componenti Volontaristiche (O.C. 250 del 25/08/2009), all'art. 10 prevede, che il Volontario si sottoponga a cura del Comitato CRI di appartenenza, ad accertamenti sanitari cadenzati. Dal momento che molti fra noi, non hanno ancora potuto ottemperare a questa disposizione e poiché ciascuno ha orari ed impegni diversi, si allega l'indirizzo mail del nostro Direttore Sanitario Regionale Dott. Simoni: dirsan.sardegna@cri.it, così da potere ciascuno autonomamente prendere contatti e fissare l'appuntamento per la visita.

Si allega inoltre il modulo da scaricare, compilare di nostra mano e consegnare in occasione della visita stessa. Sarà infine cura dei Volontari stessi, consegnare il documento stesso al proprio Vertice di Componente onde inserirlo nel fascicolo personale.

Si ringrazia per la collaborazione e buon lavoro.

**Il Commissario Regionale
Francesca Contu**

Francesca Contu



DICHIARAZIONE

DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

Professione _____ telefono _____

Nell'ambito della visita di idoneità al servizio di volontario CRI

DICHIARA

(Di propria mano rispondere con una croce il caso che ricorre e in caso affermativo specificare la patologia)
preventivamente richiesto in maniera per lui chiara e comprensibile in relazione agli stati patologici
di seguito elencati che:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Sussistono INVALIDITA' riconosciute (INAIL, INPS, INVALIDITA' CIVILE, etc...)? _____
Se si, indicare quali e la percentuale riconosciuta _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici? Se si, per quale affezione? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di lenti a contatto? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono malattie degli occhi? (glaucoma, retinite pigmentosa, etc...) _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di protesi degli arti? Se si, protesi sostitutiva d'amputazione o artroprotesi? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di protesi acustiche? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio? _____
Se si, quali? (infarto, protesi valvolare, aritmie, ipertensione, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussiste diabete? E' insulinodipendente o complicato (vedi allegato)? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono altre patologie endocrine (ormonali)? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono turbe e/o patologie psichiche e neurologiche? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa o ha fatto uso di medicine che agiscono sul sistema nervoso? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa o ha fatto uso di sostanze psicoattive o alcolici o stupefacenti? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche?
Se si, quando si è manifestata l'ultima crisi? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono malattie del sangue o dell'apparato urogenitale? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Ai sensi della legge 675/96 si autorizza con la presente l'utilizzo dei dati qui riportati nel rispetto della citata legge e con tutti gli obblighi di riservatezza dovuti.

DATA

FIRMA (chiara, estesa e leggibile)
