



PROGETTO EMERSIONE MALATTIE PROFESSIONALI NELLA SCUOLA

Cognome Nome.....

Nato/a a..... (prov.....) il

Indirizzo residenza cap..... Comune

Telefono fisso.....o cellulare

Iscritto alla Cisl Scuola SI NO

Istituto di servizio

Plesso di servizio

Anzianità lavorativa (data primo rapporto di lavoro):

Anzianità lavorativa nella scuola (data):

Qualifica (Docente/ATA.....):

Ordine di scuola infanzia primaria sec. 1° grado sec. 2° grado

Materia d'insegnamento (solo per i Docenti):

Eventuali macchinari utilizzati nell'attività quotidiana es: pc-fotocopiatrice, lavagna, LIM, ecc.)

.....
.

ore giornaliere d'utilizzo continuativo dei macchinari in ambito lavorativo:

1 2 3 4 5 oltre 5 ore

Eventuale utilizzo in compiti diversi dall'insegnamento per motivi di salute

.....

Ruolo ATA acquisito dal Docente per motivi di salute (indicare data e Istituto):

.....

Se spostato/a in altro Istituto compito all'interno dello stesso Istituto per motivi di salute indicare: tipo di mansione-materiali e macchinari utilizzati, orari, ecc.):

.....

Materiali/Sostanze utilizzate o esistenti nell'ambiente lavorativo con cui è entrata/o in contatto anche se in modo saltuario o casuale (es: per personale ATA - detersivi, per Docenti di laboratorio - sostanze chimiche, ecc.):.....

quali sono i sintomi avvertiti o riscontrati:.....

Infortuni pregressi: *ricognosciuti e non, con o senza postumi* (indicare anche data e luogo dell'evento):

.....
.....

Malattie professionali - già riconosciute o in corso - in iter amministrativo:.....

Altre malattie in corso ma non riconosciute come malattie professionali

.....

Data della prima manifestazione.....

Ha subito incidenti a scuola? SI NO

Complessivamente quanti, nell'arco del servizio lavorativo? N°.....

Indicare il numero di giorni complessivi d'infortunio o malattia

Gli incidenti a scuola sono stati provocati da terzi SI NO

Se si, da alunni colleghi altri

E'ricorso a cure mediche? SI NO **Prognosi** gg.....

RISCONTRA PARTICOLARI PATOLOGIE O DISTURBI FREQUENTI RELATIVI A:

tachicardia

psoriasi locale diffusa

ansia

perdita della concentrazione

disturbi del sonno

crisi di panico

disturbi gastrointestinali

afasie

cervicale

dolori scheletrico-muscolari

vertigini

mal di testa

suoni nelle orecchie

altro.....

.....

Ha segnalato al suo medico curante i disturbi o le patologie appena segnalate? **SI** **NO**

Il medico ha prescritto una terapia **SI** **NO**

La terapia ha dato risultati duraturi **SI** **NO**

Ritiene complessivamente che il suo lavoro sia fonte di stress **SI** **NO**

La sua percezione dello stress da lavoro e' -su una scala da 1(basso) a 10 (alto)- :

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

Allegare fotocopie

- Provvedimenti rilasciati dall'INAIL -
- Dichiarazioni di primo accertamento del pronto soccorso in caso di infortunio -
- Per personale soggetto a sorveglianza sanitaria: copia ultimi esami effettuati e giudizio del medico competente relativo alla mansione specifica.

Eventuali altre segnalazioni (in forma leggibile)

.....

.....

.....

.....