



## 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:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tachicardia                | <input type="checkbox"/> psoriasi locale diffusa      |
| <input type="checkbox"/> ansia                      | <input type="checkbox"/> perdita della concentrazione |
| <input type="checkbox"/> disturbi del sonno         | <input type="checkbox"/> crisi di panico              |
| <input type="checkbox"/> disturbi gastrointestinali | <input type="checkbox"/> afasie                       |
| <input type="checkbox"/> cervicale                  | <input type="checkbox"/> dolori scheletrico-muscolari |
| <input type="checkbox"/> vertigini                  | <input type="checkbox"/> mal di testa                 |
| <input type="checkbox"/> suoni nelle orecchie       | <input type="checkbox"/> 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)

.....

.....

.....

.....