



Pubblica Assistenza
Croce Blu
Mirandola
Assistenza Socio-Sanitaria
Protezione Civile
Aiuti Umanitari

Egregio collega,

sono a sottoporre alla tua attenzione questo modulo anamnestico confidando nella essenziale collaborazione della figura sanitaria che più di ogni altro conosce le caratteristiche del proprio assistito.

Per poter accettare qualunque individuo a pieno titolo ed in qualità di VOLONTARIO attivo nella nostra Associazione di volontariato che opera in ambito di soccorso ed assistenza sanitaria risulta essenziale poter considerare preventivamente la idoneità psico-fisica dello stesso, pur meritevole di stima per il solo fatto di essersi proposto.

Pur ritenendo comunque essenziale in tal senso un giudizio di idoneità in ingresso da parte di questa Direzione Sanitaria sono consapevole della difficoltà insormontabile di fondare un tale giudizio sui soli dati emergenti dal colloquio da parte mia svolto con il tuo assistito.

Per questi motivi sono a chiedere la tua collaborazione preziosa nel compilare la parte A del modulo anamnestico allegato.

Sempre a disposizione per ogni eventuale chiarimento, ringraziando anticipatamente, porgo Cordiali Saluti

IL DIRETTORE SANITARIO CROCE BLU MIRANDOLA
Bandiera Dr. Geminiano



Pubblica Assistenza
Croce Blu
Mirandola
Assistenza Socio-Sanitaria
Protezione Civile
Aiuti Umanitari

PA CROCE BLU DI MIRANDOLA ODV
Via Posta Vecchia, 55 41037 Mirandola (Modena)
tel.0535/20104 – info@croceblumirandola.it

**CERTIFICATO ANANMESTICO DI IDONEITA’
PSICOFISICA AL SERVIZIO**

PARTE A

Da compilarsi a cura dell’aspirante volontario

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ CAP _____ PROV _____

INDIRIZZO _____ N. _____

TEL. _____ E-MAIL _____

PROFESSIONE _____

**N.B. ALLEGARE CERTIFICATO VACCINAZIONI RECENTE
(reperibile sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico)**

Via Posta Vecchia, 55 – 41037 Mirandola (MO) – tel 0535/20104 fax 0535/20203
Ente del terzo settore iscritto al Runtis con il numero di repertorio 50831 a fare data dal 28/09/2022
Ente con personalità giuridica riconosciuta dalla Regione con decreto n. 909 del 03/10/1994
Ente accreditato dalla Regione Emilia Romagna con determina 7504 del 07/04/2023
Codice Fiscale 91002330362

Sezione di San Martino Spino via Valnemorosa, 1 – 41037 San Martino Spino (MO) – tel. 0535/33450 fax 0535/33079
www.croceblumirandola.it – info@croceblumirandola.it – croceblumirandola@pec.copass.it
IBAN: IT 48 H 05387 66850 000000002091 BPER BANCA SPA – P.A. CROCE BLU MIRANDOLA ODV



PARTE B

Da compilarsi a cura del Medico curante

ASSENZA

☐	PATOLOGIE PSICHIATRICHE
Se presenti specificare _____	
☐	PATOLOGIE NEUROLOGICHE
Se presenti specificare _____	
☐	PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE
Se presenti specificare _____	
☐	PATOLOGIE CARDIOCIRCOLATORIE
Se presenti specificare _____	
☐	PATOLOGIE RESPIRATORIE
Se presenti specificare _____	
☐	PATOLOGIE INFETTIVE/DIFFUSIVE
Se presenti specificare _____	
☐	DEFICIT VISIVI E/O ACUSTICI
Se presenti specificare _____	
☐	TERAPIA FARMACOLOGICA CRONICA
Se presenti specificare _____	
☐	CONDIZIONI DI ABUSO ETILICO
☐	CONDIZIONI DI TOSSICODIPENDENZA
☐	VALIDA VACCINAZIONE ANTITETANICA
☐	VALIDA VACCINAZIONE EPATITE B

PRESENZA

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE



Pubblica Assistenza
Croce Blu
Mirandola
Assistenza Socio-Sanitaria
Protezione Civile
Aiuti Umanitari

PARTE C

Da compilarsi a cura del Direttore Sanitario dell' Associazione di Volontariato

SALENZE DELL'ESAME ANAMNESTICO

SALENZE DELL'ESAME OBIETTIVO

INDICAZIONE AD ULTERIORI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E/O SPECIALISTICI

NOTE

GIUDIZIO DI IDONEITA'

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE SANITARIO
