

Si certifica che il Sig/Sigra.....

nato a.....il ..... in cura da me dal.....

risulta essere : affetto / non affetto dalle seguenti patologie :

1. patologie oncologiche (ultimi 5 anni) in trattamento con farmaci immunodepressori e/ o follow up .....	SI	NO
2. patologie immunologiche congenite e/o acquisite in trattamento con farmaci immunosoppressori .....	SI	NO
3. gravi patologie cardiovascolari .....	SI	NO
4. gravi patologie polmonari con insufficienza respiratoria. .....	SI	NO
5. patologie metaboliche con danno D'organo. .....	SI	NO
6. condizione di multimorbilità quale combinazione delle patologie da 1 a 5 .....	SI	NO

Si rilascia la suddetta certificazione all'interessato ai fini dell'accertamento dell'eventuale idoneità lavorativa da espletare a norma di legge, come da nota **Roma Capitale prot.QM30385 del 27 agosto 2020.**

Si consiglia inoltre di sottoporsi, qualora non eseguito, a test sierologico per Sars Cov 2 a completamento della valutazione di idoneità

Dott.....

**Dichiarazione del richiedente**

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità da aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

**Firma del richiedente**

.....