

**CERTIFICATO SANITARIO
AL FINE DI PRESENTAZIONE DOMANDA PER FREQUENZA
IN AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

Si certifica che il Sig....., nato a il
residente a
C.A.P.in Vian.

1. ☐ Risulta immune, sulla base dei risultati di specifiche indagini sierologiche o sulla base di pregressa vaccinazione, alle seguenti patologie infettive trasmissibili:

- | | |
|--|--|
| - Morbillo: ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Varicella: ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Rosolia: ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Parotite: ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |

Diversamente, non risultando immune, è stato sottoposto a vaccinazione per:

- | | |
|--------------------------------|-------|
| - Morbillo: data vaccinazione | |
| - Varicella: data vaccinazione | |
| - Rosolia: data vaccinazione | |
| - Parotite: data vaccinazione | |

2. ☐ In riferimento all'infezione da *Mycobacterium tuberculosis*, il soggetto sopra indicato ha effettuato il seguente esame:

- ☐ Test Mantoux con esito: ☐ negativo ☐ positivo, (effettuato in data.....)
in caso di positività, ha effettuato:
☐ Rx torace / ☐ altro esame radiologico:.....
(effettuato in data.....):
con esito:
.....

o in alternativa:

- ☐ Test IGRA (ad es: test Quantiferon o Elispot)
con esito: ☐ negativo ☐ positivo, (effettuato in data.....)
in caso di positività, ha effettuato:
☐ Rx torace / ☐ altro esame radiologico:.....
(effettuato in data.....):
con esito:
.....

3. sulla base della visita da me effettuata ed in riferimento a quanto sopra:

NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO PER LA FREQUENZA IN AMBITO OSPEDALIERO

In fede

Dott.....

Data e luogo.....