

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**DICHIARAZIONE MEDICA DEL PERSONALE, DEL VOLONTARIO
E DEL COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE**
Programmi di assistenza all'infanzia

Istruzioni:

- È necessario apporre la firma su ENTRAMBI LE FACCIATE di questo modulo. Se l'unico ruolo svolto è di componente del nucleo familiare, compilare solo la pagina davanti.
- La sezione Stato di salute può essere compilata/firmata solo da un operatore sanitario (medico, assistente di medico, infermiere con formazione avanzata).
- **Gli infermieri specializzati NON sono autorizzati a firmare la sezione Stato di salute, ma POSSONO firmare le informazioni sul test TB.**
- Gli operatori sanitari possono utilizzare un modulo equivalente purché vi siano incluse le informazioni presenti in questo modulo.
- Leggere sul retro ulteriori istruzioni sul test tubercolinico.
- Scrivere chiaramente **IN STAMPATELLO O A MACCHINA**.

Dichiaro di non aver falsificato né alterato alcuna informazione presente su questo documento. Sono consapevole che la presentazione e/o il possesso di documenti falsificati o alterati potrebbero configurare un reato. Oltre alla possibilità di subire un'azione penale, l'eventuale programma per cui si accerti l'invio e/o il possesso di documenti di questo tipo potrebbe essere soggetto a multe da parte dell'Ufficio per i servizi all'infanzia e alla famiglia dello Stato di New York e/ o il diniego o la revoca di una licenza o registrazione di iscrizione.

Nome del programma:	Numero ID della struttura:
Nome della persona:	Data di nascita: / /

<u>TIPO DI PROGRAMMA:</u>	Family Day Care (Assistenza diurna famiglia), Group Family Day Care (Assistenza diurna famiglia estesa) e Small Day Care Centers (Piccoli centri di assistenza diurna)	Day Care Center (Centro di assistenza diurna), School-Age Child Care (Assistenza ai minori in età scolare), Legally Exempt Group Program (Programmi di gruppo legalmente esente)	Tutti i programmi
<u>RUOLO:</u>	<input type="checkbox"/> Operatore <input type="checkbox"/> Supplente <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Componente del nucleo familiare (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> Direttore <input type="checkbox"/> Insegnante di gruppo <input type="checkbox"/> Insegnante assistente	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Volontario

Mansioni generalmente previste nell'attività di assistenza diurna all'infanzia

- Sollevamento e trasporto di bambini
- Guida di veicolo
- Manutenzione della struttura
- Stretto contatto con bambini
- Preparazione di alimenti
- Evacuazione di bambini in situazioni di emergenza
- Sorveglianza diretta di bambini
- Lavoro d'ufficio

————— **Quanto segue deve essere compilato ESCLUSIVAMENTE da un operatore sanitario** —————

Stato di salute

Per quanto a mia conoscenza in merito alla suddetta persona, accerto che:			
attualmente presenta segni di una malattia trasmissibile che creerebbe un rischio per la salute e la sicurezza dei minori destinatari dell'assistenza.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO	
ha ricevuto la diagnosi di un disturbo psichiatrico o emotivo che creerebbe un rischio per la salute e la sicurezza dei minori destinatari dell'assistenza.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO	
ha una problematica fisica che le impedirebbe di svolgere le mansioni generalmente previste nell'attività di assistenza diurna all'infanzia sopra descritte.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA (se il solo ruolo è di volontario o componente del nucleo familiare)
Per ogni risposta "Sì", chiarire e/o indicare le limitazioni: _____			

Firma (medico, assistente di medico, infermiere con formazione avanzata)

Titolo

Nome (scrivere chiaramente IN STAMPATELLO O A MACCHINA o utilizzare il timbro d'ufficio)

/ /
Data della visita() -
Telefono/ /
Data della firma

(Continua sul retro)

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**DICHIARAZIONE MEDICA DEL PERSONALE, DEL VOLONTARIO
E DEL COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE**
Programmi di assistenza all'infanzia

Nome del programma:	Numero ID della struttura:
Nome della persona:	Data di nascita:

Istruzioni:

- **I componenti del nucleo familiare** in un programma a base familiare che non svolgono altri ruoli **non devono sottoporsi** a test tubercolinico e non devono compilare questa pagina. Non deve essere sottoposto a test tubercolinico chi svolga un ruolo nel programma legalmente esente.
- L'inserimento degli esiti nella sezione Informazioni sul test tubercolinico e l'apposizione della firma su questa pagina sono consentiti a un operatore sanitario (medico, assistente di medico, infermiere con formazione avanzata) o un *infermiere specializzato nell'ambito delle sue mansioni presso una struttura sanitaria*.
- Tra i test tubercolinici ammessi rientrano il test di Mantoux o altri test tubercolinici approvati a livello federale.
- Scrivere chiaramente **IN STAMPATELLO O A MACCHINA**.

———— Quanto segue deve essere compilato **ESCLUSIVAMENTE** da un professionista sanitario ————

Informazioni sul test tubercolinico**Test completato**

Letture del test in data: / /
(mm / gg / aaaa)

Esito del test: Positivo Negativo mm

Nel caso di esito positivo, il contatto di questa persona con i bambini iscritti all'assistenza all'infanzia determina un rischio per la salute e la sicurezza dei bambini?

Sì No

Test non effettuato

Non sottoposto a test. Indicare la motivazione:

Esonero medico o controindicazione

Se in precedenza l'esito del test è risultato positivo, indicare la data: / /
(mm / gg / aaaa)

Nel caso di precedente esito positivo, il contatto di questa persona con i bambini iscritti all'assistenza all'infanzia determina un rischio per la salute e la sicurezza dei bambini?

Sì No

Firma (*medico, assistente di medico, infermiere con formazione avanzata o infermiere specializzato*)

Nome (*scrivere chiaramente IN STAMPATELLO O A MACCHINA o utilizzare il timbro d'ufficio*)

Titolo

() -
Telefono

 / /
Data

ISTRUZIONI PER I PROGRAMMI RIGUARDO ALLA RESTITUZIONE DEL MODULO:

- **Programmi GFDC/FDC:** restituire questo modulo compilato al proprio concessionario della licenza o responsabile della registrazione.
- **Programmi DCC/SACC - direttori:** restituire questo modulo compilato al proprio concessionario della licenza o responsabile della registrazione; tutto il resto del personale: restituire il modulo al direttore per la valutazione.
- **Direttori di programmi di gruppo legalmente esenti:** restituire questo modulo alla propria agenzia di iscrizione.
- **Dipendenti e volontari presso programmi legalmente esenti:** restituire questo modulo al proprio direttore