

# QUESTIONARIO SALUTE MENTALE • MENTAL HEALTH CHECKLIST

Cognome

*Surname*

Nome

*Name*

Data di nascita

*Date of birth*

Luogo di nascita

*Place of birth*

## CONSENSO AL RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE • CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Autorizzo il rilascio di tutte le informazioni contenute in questo rapporto all'AME e, ove necessario, all'esaminatore medico dell'autorità di rilascio delle licenze. Sono consapevole che tali informazioni saranno utilizzate per il completamento della valutazione medica e diventeranno e rimarranno di proprietà dell'autorità di rilascio delle licenze, a condizione che io o il mio medico possiamo accedervi secondo la legislazione nazionale.

*I give permission to share all the information stated in this report with the AME and, if required, with the medical assessor of the licensing authority. I acknowledge that such information will be used to complete the medical assessment and be owned and retained by the licensing authority, provided that my doctor and I will be granted access to them according to national laws.*

## ISTRUZIONI • INSTRUCTIONS

Legga i quesiti presenti in entrambe le facciate del presente foglio e risponda usando le opzioni di risposta proposte. Si ricordi di annerire completamente i circoletti.

*Please read carefully and answer to the following items. Remember to fill the circles completely.*

## PARTE 1 • PART 1

**1.01** Affaticamento, stanchezza, difficoltà a recuperare le energie

*Fatigue, weariness, difficulties in recovering from fatigue*

nessun  
problema  
—  
no  
problem

qualche  
problema  
—  
some  
problems

molti  
problemi  
—  
a lot of  
problems

(A)

(B)

(C)

**1.02** Stress, sensazione di sovraccarico

*Stress, feeling of being overwhelmed*

(A)

(B)

(C)

**1.03** Difficoltà nel controllo degli impulsi

*Difficulties in controlling impulses*

(A)

(B)

(C)

**1.04** Emozionalità negativa (es., tensione, irritabilità, tristezza, ansia)

*Negative emotionality (e.g., tension, irritability, sadness, anxiety)*

(A)

(B)

(C)

**1.05** Aggressività verso gli altri o verso sé stessi

*Aggressiveness towards others or self*

(A)

(B)

(C)

**1.06** Difficoltà nei rapporti interpersonali

*Difficulties in interpersonal relationships*

(A)

(B)

(C)

**1.07** Preoccupazioni che riguardano la sfera del privato

*Concerns about private life*

(A)

(B)

(C)

**1.08** Preoccupazioni che riguardano il contesto lavorativo

*Concerns about job*

(A)

(B)

(C)

**1.09** Preoccupazioni per il proprio stato di salute

*Health concerns*

(A)

(B)

(C)

**1.10** Preoccupazioni finanziarie

*Financial concerns*

(A)

(B)

(C)

volta pagina • turn page ➞

Nome, cognome e firma dell'esaminando

*Name, surname and signature of examinee*

Firma, data e timbro dell'AME

*Signature, date and seal of AME*

## PARTE II • PART II

	nessun consumo — never	consumo occasionale — occasionally	consumo settimanale — weekly	consumo giornaliero — daily
<b>2.01</b> Bevande eccitanti (es., caffè, tè, energy drink) <i>Energizing beverages (coffee, tea, energy drinks, ...)</i>	(A)	(B)	(C)	(D)
<b>2.02</b> Bevande alcoliche <i>Alcoholic beverages</i>	(A)	(B)	(C)	(D)
<b>2.03</b> Tabacco o prodotti derivati dal tabacco <i>Tobacco or tobacco-related products</i>	(A)	(B)	(C)	(D)
<b>2.04</b> Droghe leggere (es., marijuana) <i>Light drugs (e.g., marijuana)</i>	(A)	(B)	(C)	(D)
<b>2.05</b> Altre droghe <i>Other drugs</i>	(A)	(B)	(C)	(D)

## PARTE III • PART III

		no — no	sì — yes
<b>3.01</b> Trattamenti psichiatrici o psicologici in corso o conclusi nell'ultimo anno <i>Psychiatric or psychological treatments in progress or finished in the last year</i>	(A)	(B)	
<b>3.02</b> Accesso ai servizi aziendali dedicati al supporto del lavoratore (es., peer support) <i>Access to corporate services dedicated to worker support (e.g., peer support)</i>	(A)	(B)	
<b>3.03</b> Inconvenienti, eventi di pericolo, incidenti sul luogo di lavoro nell'ultimo anno <i>Inconveniences, dangerous events, accidents in the workplace in the last year</i>	(A)	(B)	
<b>3.04</b> Altri eventi significativi in corso o accaduti nell'ultimo anno <i>Other significant/relevant events in progress or occurred in the last year</i>	(A)	(B)	
<b>3.05</b> Procedimenti giudiziari/extra-giudiziali/disciplinari in corso o conclusi nell'ultimo anno <i>Judicial/quasi-judicial/disciplinary proceedings in progress or closed in the last year</i>	(A)	(B)	

## PARTE IV • PART IV

- 4.01** Esprima, in una scala da 1 (molto basso) a 10 (molto alto), il suo attuale benessere psico-fisico  
*Using a scale from 1 (very low) to 10 (very high), rate your current psychological well-being*
- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- 4.02** Esprima, in una scala da 1 (molto basso) a 5 (molto alto), la sua intenzione di continuare a lavorare  
*Using a scale from 1 (very low) to 5 (very high), rate your willingness to continue working*
- (1) (2) (3) (4) (5)

### DICHIARAZIONE • DECLARATION

Dichiaro che le risposte date sono complete e corrette al meglio delle mie convinzioni. Comprendo che, se ho rilasciato dichiarazioni false o fuorvianti oppure ho omesso di rilasciare informazioni mediche rilevanti, l'autorità di rilascio delle licenze può rifiutare di concedermi il certificato medico o può ritirare qualsiasi certificato medico concesso, senza pregiudizio per qualsiasi altra azione applicabile ai sensi del diritto nazionale.

*I declare that the answers given are complete and correct to the best of my beliefs. I understand that if I have made false or misleading statements or have failed to release relevant medical information, the licensing authority may refuse to grant me my medical certificate or may withdraw any granted medical certificate, without prejudice to any other applicable action pursuant to of national law.*

Nome, cognome e firma dell'esaminando  
*Name, surname and signature of examinee*

Firma, data e timbro dell'AME  
*Signature, date and seal of AME*

## RISERVATO MEDICO AME • RESERVED TO AME

### Condizioni per le quali la consulenza specialistica è obbligatoria (una o più)

*Under these conditions, referral to authorized specialist is mandatory (one or more)*

- ☐ Parte I, 1 o più risposte C  
*Part I, 1 or more C answers*
- ☐ Parte I, 1 o più risposte B  
*Part I, 1 or more B answers*
- ☐ Quesito 2.02 = D  
*Item 2.02 = D*
- ☐ Quesito 2.04 = B, C, D  
*Item 2.04 = B, C, D*
- ☐ Quesito 2.05 = B, C, D  
*Item 2.05 = B, C, D*
- ☐ Quesito 3.01 = B  
*Item 3.01 = B*
- ☐ Quesito 4.01 inferiore a 6  
*Item 4.01 lower than 6*

### Condizioni per le quali la consulenza specialistica è discrezionale (una o più).

*Under these conditions, referral to authorized specialist is discretionary (one or more)*

- ☐ 1 o più risposte omesse  
*1 or more unanswered items*
- ☐ Quesiti 2.01, 2.02 e 2.03 = C, D  
*Items 2.01, 2.02, 2.03 = C, D*
- ☐ Quesito 3.02 = B  
*Item 3.02 = B*
- ☐ Quesito 3.03 = B  
*Item 3.03 = B*
- ☐ Quesito 3.04 = B  
*Item 3.04 = B*
- ☐ Quesito 3.05 = B  
*Item 3.05 = B*
- ☐ Quesito 4.01 = 6  
*Item 4.01 = 6*

### Richiesta consulenza specialistica

*Referral to authorized specialist*

Sì ☐ No ☐  
*yes No*

### Eventuali osservazioni aggiuntive

*Additional information*

In caso di consulenza specialistica, consegnare il questionario compilato dall'esaminato, il presente foglio e qualunque altro documento che l'AME ritenga utile.

*In case of referral to authorized specialist, provide the questionnaire filled by the examinee, the present document and any other document that might be deemed appropriate by the AME.*

**Firma, data e timbro dell'AME**

*Signature, date and seal of AME*

---