

Esposizioni precedenti no si

3. ANAMNESI FAMILIARE

.....
.....
.....

4. ANAMNESI PERSONALE

.....
.....
.....

Infurtuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....
.....
.....

Invalidità riconosciute (I. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

.....
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma
no si

.....
.....
.....

Altre notizie utili a fini anamnestici lavorativi

.....
.....
.....

Data

Per presa visione
il lavoratore

.....

5. Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicità)

.....
.....
.....

6. Esame clinico generale

.....

.....
.....
.....

7. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti e il n° di riferimento dei referti allegati)

.....
.....
.....

8. Valutazioni conclusive (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

9. Giudizio di idoneità:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Data

Avverso il giudizio di inidoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs ..., entro il termine di 30 giorni.

Il lavoratore per presa visione
.....

Il medico competente
.....

10. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ AL DATORE DI LAVORO effettuata il a mezzo.....

Il medico competente
.....

Da consegnare al datore di lavoro

Il lavoratore in data
è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio)

.....

con il seguente esito:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione di
seguenti accertamenti

.....

Data

Il medico competente

.....

VISITA MEDICA

- Periodica idoneità alla mansione specifica
- cambio mansione
- motivazione: su richiesta
- fine rapporto di lavoro

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variation destination lavorativa o mansione

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale

Fattori di rischio (specificare quali)

Tempo di esposizione giorni/anno

Note: (1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).

2. ANAMNESI INTERCORRENTE

.....
.....
.....

Infurtuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....

Riconoscimenti di invalidità

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti) no si

.....
.....

Per presa visione
il lavoratore

.....

3. Esame obiettivo (con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

.....
.....

4. Accertamenti integrativi – specialistici e/o di laboratorio – (indicare gli accertamenti eseguiti e riportare il n° di riferimento dei referti allegati).....
.....
.....

5. Valutazione conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).....
.....
.....

6. Giudizio di idoneità
- Idoneo
 - Idoneo con prescrizioni
 - Idoneo con limitazioni
 - Inidoneo temporaneamente
 - Inidoneo permanentemente

Data

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all’Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell’art. 41 del D.Lgs. ..., entro il termine di 30 giorni.

Il lavoratore per presa visione
.....

il medico competente
.....

7. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ AL DATORE DI LAVORO effettuata il a mezzo

Il medico competente
.....

Da consegnare al datore di lavoro

Il lavoratore in data.....

È stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio).
.....

Con il seguente esito:

- Idoneo
- Idoneo con prescrizioni
- Idoneo con limitazioni
- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il..... previa esecuzione dei seguenti accertamenti

Data

Il medico competente

.....

CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

Cessazione dell'attività dell'azienda/Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. f) del D.Lgs. ...

- Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il.....
- Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il.....

La cartella sanitaria viene consegnata al lavoratore completa di n. ... allegati
Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs. ...

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della cartella sanitaria e all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. h) del D.Lgs. ...

Data

Il medico competente

.....

Il lavoratore

.....

CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta illa presente
Cartella sanitaria e di rischi, completa di n. ... allegati, viene consegnata al datore di lavoro
nella persona di

Data

Il medico competente

.....