

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Destinazione lavorativa – Mansioni .....  
Fattori di rischio (specificare quali).....  
Tempo di esposizione (giorni/anno) .....

Note:

1) I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n°degli allegati)

2. ANAMNESI LAVORATIVA \_\_\_\_\_

Esposizioni precedenti  no  si

3. ANAMNESI FAMILIARE \_\_\_\_\_

4. ANAMNESI PERSONALE \_\_\_\_\_

Infortunati – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

Invaldit  riconosciute (I. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

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

Altre notizie utili a fini anamnestici lavorativi

Per presa visione  
il lavoratore

Data .....

.....

5. Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicit )

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 idoneit :

idoneo

idoneo con prescrizioni

idoneo con limitazioni

inidoneo temporaneamente

inidoneo permanentemente

Data .....

Avverso il giudizio di inidoneit    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 IDONEITA' 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

.....