

INFN

SEDE

DOCUMENTO SANITARIO PERSONALE

(art. 90 D.Lgs. n. 230/95 e succ. modif. ed integrazioni)

integrato

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(art. 25 D. Lgs 81/2008 e succ. modif. ed integrazioni)

INTESTATO A

.....

DOCUMENTO SANITARIO PERSONALE

(art. 90 D.Lgs. n. 230/95 e succ. modif. ed integrazioni)

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(art. 25 D. Lgs 81/2008 e succ. modif. ed integrazioni)

ANAGRAFICA DEL LAVORATORE

Lavoratore Sesso M F

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

Domicilio (comune e Prov.)

Via Tel.

Nazionalità

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

Datore di Lavoro (Ragione Sociale)

Data di assunzione

Unità Produttiva (Sede/i di lavoro)

Indirizzo Unità Produttiva

Attività dell'Azienda (comparto/lavorazione)

Il presente documento sanitario personale/cartella sanitaria e di rischio è istituito per:

esaurimento del documento precedente

altri motivi

Il presente documento sanitario personale/cartella sanitaria e di rischio è costituito da n. pagine

Il Medico Competente/Autorizzato

.....

Il Datore di Lavoro

Data

VISITA MEDICA PREVENTIVA

VISITA MEDICA PREVENTIVA IN FASE PREASSUNTIVA

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansione

Rischi da radiazioni ionizzanti No Si

Irradiazione ESTERNA (2)

Irradiazione INTERNA (3)

Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

Esposizione ad altri fattori di rischio per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria

No

Si

Fattori di rischio (Specificare quali) Rumore Sostanze chimiche R.O.A. Vibrazioni
 Videoterminali Posizioni incongrue e/o viziate C.E.M. Biologico
 MMC Lavoro in altezza Piombo Lavoro notturno
 Polveri Mutageni Cancerogeni Polveri di legno
 Altro:

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

II. ANAMNESI LAVORATIVA

Esposizioni precedenti a R.I. No Si

Dose accumulata per esposizione totale (1) mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose accumulata a parti del corpo (2) mSv

Dose efficace impegnata (3) mSv

Data dell'incorporazione (1)

Esposizioni precedenti ad altri fattori di rischio No Si (2)

Comparto/lavorazione svolta	Dal	Al	Rischio	Tipologia contrattuale
.....
.....
.....
.....

(1) Fornita dal datore di lavoro

(2) Specificare quali

(3) Specificare radionuclidi

III. ANAMNESI FAMILIARE

Negativa

Positiva per:

Diabete mellito

Neoplasie

Ipertensione arteriosa

Distiroidismi

Ictus cerebrali

Altro.....

IV. ANAMNESI PERSONALE

Servizio militare: assolto esonerato per benefici di legge esonerato per cause sanitarie
Stato civile: libero coniugato altro Figli

Scolarità:

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Menarca Gravidanze a termine Aborti
Menopausa Ultima mestruazione
Alimentazione Caffè
Alcool Fumo
Alvo Diuresi Sonno
Anticoncezionali Tossicodipendenze.....
Sport Hobby.....
Vaccinazioni: Antiepatite B Antitetanica Altro

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

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

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

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

Allergiche/intolleranze
Terapie abituali

Esposizione a radiazioni ionizzanti dovuta a trattamenti medici (indicare il tipo di trattamento e la dose, se conosciuta)

.....
.....

Infortunati – Traumi (lavorativi o extralavorativi) No Si

.....
.....

Invaldità riconosciute No Si

Invaldità civile INPS INAIL Assicurazioni Private

Tipologia

Anno Punteggio

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma No Si

Altre notizie utili ai fini anamnestici lavorativi No Si

Il sottoscritto dichiara che le informazioni date sono complete e rispondenti al vero e si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

Data

Firma del lavoratore

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocolli, periodicità)

Tipo di esame	Periodicità in mesi	Periodicità in mesi	Periodicità in mesi
<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Visita oculistica
<input type="checkbox"/> Analisi cliniche	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> Sangue occulto
<input type="checkbox"/> Eco tiroide	<input type="checkbox"/> Eco addome completo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Visita oculistica in midriasi
		<input type="checkbox"/> Spirometria
		<input type="checkbox"/> Es. CI-Funz. del rachide
		<input type="checkbox"/> Altro
		<input type="checkbox"/>

V. ESAME OBIETTIVO GENERALE (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

Condizioni generali Peso kg Altezza cm

Cute. e annessi Nella norma Altro

Linfonodi Nella norma Altro

Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro

Apparato respiratorio Nella norma Altro

Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro

PA FC

Addome Nella norma Altro

Organi ipocondriaci Nella norma Altro

App. urogenitale Nella norma Altro

Sistema nervoso Nella norma Altro

Psiche Lucida Altro

Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

.....

Altri rilievi clinici No Si

.....

VI. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI (specialistici e/o di laboratorio)

(elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti numerati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO

No Si

- 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
- Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
- Lettera al curante

VII. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

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

.....

.....

.....

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

**VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE
AL RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

(ai sensi del D.Lgs 230/95 e s.m.i.)

Idoneo

Idoneo con le seguenti condizioni:

Non idoneo

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Da sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Firma del medico addetto alla sorveglianza medica

.....

IX. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

Idoneo alla mansione specifica

Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

.....
.....

Inidoneo temporaneamente

Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Data

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell'art. 84, comma 6 D.Lgs 230/95), 2) sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 3) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 4) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 5) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Firma del lavoratore

Firma del Medico Competente/Autorizzato

.....

X. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PERIODICA | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> ECCEZIONALE |
| Per <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio <input type="checkbox"/> |
| Motivazione: <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi <input type="checkbox"/> | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione No Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

- Irradiazione ESTERNA (2)
-
- Irradiazione INTERNA (3)
-
- Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> R.O.A. | <input type="checkbox"/> Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> Videoterminali | <input type="checkbox"/> Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> C.E.M. | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> MMC | <input type="checkbox"/> Biologico | <input type="checkbox"/> Piombo | <input type="checkbox"/> Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> Polveri | <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Cancerogeni | <input type="checkbox"/> Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> Altro: | | | |

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

**VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE
ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI**

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA
(ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

.....
.....

- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

.....

X. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PERIODICA | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> ECCEZIONALE |
| Per <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio <input type="checkbox"/> |
| Motivazione: <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi <input type="checkbox"/> | |

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione No Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

- Irradiazione ESTERNA (2)
-
- Irradiazione INTERNA (3)
-

Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

(1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare il n° degli allegati)
 (2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio
 (3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> R.O.A. | <input type="checkbox"/> Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> Videoterminali | <input type="checkbox"/> Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> C.E.M. | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> MMC | <input type="checkbox"/> Biologico | <input type="checkbox"/> Piombo | <input type="checkbox"/> Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> Polveri | <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Cancerogeni | <input type="checkbox"/> Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> Altro | | | |

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali
 (2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg Altezza cm

Cute. e annessi Nella norma Altro

Linfonodi Nella norma Altro

Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro

Apparato respiratorio Nella norma Altro

Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro

PA FC

Addome Nella norma Altro

Organi ipocondriaci Nella norma Altro

App. urogenitale Nella norma Altro

Sistema nervoso Nella norma Altro

Psiche Lucida Altro

Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

.....

.....

Altri rilievi clinici No Si

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO No Si

1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
.....

Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
.....

Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:
.....
.....

Inidoneo temporaneamente

Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICA | <input type="checkbox"/> | STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> | ECCEZIONALE |
| Per | <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. | <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio | |
| Motivazione: | <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica | <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione | |
| | <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... | <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi | |
| | <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi | | | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione no Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

 Irradiazione ESTERNA (2) Irradiazione INTERNA (3)Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> | Rumore | <input type="checkbox"/> | Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> | R.O.A. | <input type="checkbox"/> | Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> | Videoterminali | <input type="checkbox"/> | Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> | C.E.M. | <input type="checkbox"/> | Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> | MMC | <input type="checkbox"/> | Biologico | <input type="checkbox"/> | Piombo | <input type="checkbox"/> | Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> | Polveri | <input type="checkbox"/> | Vibrazioni | <input type="checkbox"/> | Cancerogeni | <input type="checkbox"/> | Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> | Altro | | | | | | |

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

 Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4) Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg..... Altezza cm

Cute. e annessi Nella norma Altro

Linfonodi Nella norma Altro

Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro

Apparato respiratorio Nella norma Altro

Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro

PA..... FC

Addome Nella norma Altro

Organi ipocondriaci Nella norma Altro

App. urogenitale Nella norma Altro

Sistema nervoso Nella norma Altro

Psiche Lucida Altro

Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

.....

.....

Altri rilievi clinici No Si

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elenare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO

No Si

- 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
- Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
- Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:
.....
.....

Inidoneo temporaneamente

Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PERIODICA | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> ECCEZIONALE |
| Per <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio <input type="checkbox"/> |
| Motivazione: <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi <input type="checkbox"/> | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variatione destinazione lavorativa o mansione no Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

- Irradiazione ESTERNA (2)
-
- Irradiazione INTERNA (3)
-

Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> R.O.A. | <input type="checkbox"/> Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> Videoterminali | <input type="checkbox"/> Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> C.E.M. | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> MMC | <input type="checkbox"/> Biologico | <input type="checkbox"/> Piombo | <input type="checkbox"/> Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> Polveri | <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Cancerogeni | <input type="checkbox"/> Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> Altro | | | |

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg Altezza cm

Cute. e annessi Nella norma Altro

Linfonodi Nella norma Altro

Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro

Apparato respiratorio Nella norma Altro

Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro

PA..... FC

Addome Nella norma Altro

Organi ipocondriaci Nella norma Altro

App. urogenitale Nella norma Altro

Sistema nervoso Nella norma Altro

Psiche Lucida Altro

Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

.....

.....

Altri rilievi clinici No Si

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO No Si

1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
.....

Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
.....

Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

.....
.....

- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PERIODICA | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> ECCEZIONALE |
| Per <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio <input type="checkbox"/> |
| Motivazione: <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi <input type="checkbox"/> | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione no Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

- Irradiazione ESTERNA (2)
-
- Irradiazione INTERNA (3)
-
- Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> R.O.A. | <input type="checkbox"/> Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> Videoterminali | <input type="checkbox"/> Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> C.E.M. | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> MMC | <input type="checkbox"/> Biologico | <input type="checkbox"/> Piombo | <input type="checkbox"/> Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> Polveri | <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Cancerogeni | <input type="checkbox"/> Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> Altro | | | |

- * livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente
- Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)
- Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg. Altezza cm

Cute. e annessi Nella norma Altro

Linfonodi Nella norma Altro

Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro

Apparato respiratorio Nella norma Altro

Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro

PA FC

Addome Nella norma Altro

Organi ipocondriaci Nella norma Altro

App. urogenitale Nella norma Altro

Sistema nervoso Nella norma Altro

Psiche Lucida Altro

Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

.....

.....

Altri rilievi clinici No Si

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elenare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO No Si

1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
.....

Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
.....

Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

Data Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:
.....
.....

Inidoneo temporaneamente

Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PERIODICA | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> ECCEZIONALE |
| Per <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio <input type="checkbox"/> |
| Motivazione: <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi <input type="checkbox"/> | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variazione destinazione lavorativa o mansione no Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

- Irradiazione ESTERNA (2)
- Irradiazione INTERNA (3)
- Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(5) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(6) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> R.O.A. | <input type="checkbox"/> Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> Videoterminali | <input type="checkbox"/> Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> C.E.M. | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> MMC | <input type="checkbox"/> Biologico | <input type="checkbox"/> Piombo | <input type="checkbox"/> Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> Polveri | <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Cancerogeni | <input type="checkbox"/> Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> Altro | | | |

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)

Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg Altezza cm.....

- Cute. e annessi Nella norma Altro
- Linfonodi Nella norma Altro
- Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro
- Apparato respiratorio Nella norma Altro
- Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro
- PA FC
- Addome Nella norma Altro
- Organi ipocondriaci Nella norma Altro
- App. urogenitale Nella norma Altro
- Sistema nervoso Nella norma Altro
- Psiche Lucida Altro
- Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

Altri rilievi clinici No Si

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

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

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO No Si

- 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
.....
- Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
.....
- Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

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

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

.....
.....

- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D L.gs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICA | <input type="checkbox"/> | STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> | ECCEZIONALE |
| Per | <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. | <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio | |
| Motivazione: | <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica | <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione | |
| | <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... | <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi | |
| | <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione idoneità o altri motivi | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi | | | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)Variazione destinazione lavorativa o mansione No Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti Irradiazione ESTERNA (2) Irradiazione INTERNA (3)Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

Fattori di rischio	<input type="checkbox"/>	Rumore	<input type="checkbox"/>	Sostanze chimiche	<input type="checkbox"/>	R.O.A.	<input type="checkbox"/>	Mutageni
(Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli)	<input type="checkbox"/>	Videoterminali	<input type="checkbox"/>	Posizioni incongrue e/o viziate	<input type="checkbox"/>	C.E.M.	<input type="checkbox"/>	Lavoro notturno
	<input type="checkbox"/>	MMC	<input type="checkbox"/>	Biologico	<input type="checkbox"/>	Piombo	<input type="checkbox"/>	Polveri di legno
	<input type="checkbox"/>	Polveri	<input type="checkbox"/>	Vibrazioni	<input type="checkbox"/>	Cancerogeni	<input type="checkbox"/>	Lavoro in altezza
	<input type="checkbox"/>	Altro						

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

 Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4) Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)**II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA**

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg..... Altezza cm

Cute. e annessi Nella norma Altro

Linfonodi Nella norma Altro

Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro

Apparato respiratorio Nella norma Altro

Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro

PA FC

Addome Nella norma Altro

Organi ipocondriaci Nella norma Altro

App. urogenitale Nella norma Altro

Sistema nervoso Nella norma Altro

Psiche Lucida Altro

Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

.....

.....

Altri rilievi clinici No Si

.....

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elenare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

.....

.....

.....

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO No Si

- 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
.....
- Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
.....
- Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

.....
.....

- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D Lgs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

N.

DATA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PERIODICA | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> ECCEZIONALE |
| Per <input type="checkbox"/> | Esposizione alle R.I. <input type="checkbox"/> | Esposizione ad altri fattori di rischio <input type="checkbox"/> |
| Motivazione: <input type="checkbox"/> | Idoneità alla mansione specifica <input type="checkbox"/> | In occasione del cambio della mansione <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Su richiesta (specificare chi)..... <input type="checkbox"/> | Fine del rapporto di lavoro o altri motivi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Controllo cessazione inidoneità o altri motivi <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi <input type="checkbox"/> | |

I. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variatione destinazione lavorativa o mansione No Si

Reparto

Destinazione lavorativa – Mansioni

Rischi da radiazioni ionizzanti

- Irradiazione ESTERNA (2)
-
- Irradiazione INTERNA (3)
-
- Classificazione Lavoratore esposto di cat. A Lavoratore esposto di cat. B

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio

(3) Specificare radionuclidi

Esposizione ad altri fattori di rischio (per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria) No Si

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Fattori di rischio | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> R.O.A. | <input type="checkbox"/> Mutageni |
| (Se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) | <input type="checkbox"/> Videoterminali | <input type="checkbox"/> Posizioni incongrue e/o viziate | <input type="checkbox"/> C.E.M. | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| | <input type="checkbox"/> MMC | <input type="checkbox"/> Biologico | <input type="checkbox"/> Piombo | <input type="checkbox"/> Polveri di legno |
| | <input type="checkbox"/> Polveri | <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Cancerogeni | <input type="checkbox"/> Lavoro in altezza |
| | <input type="checkbox"/> Altro | | | |

* livelli di esposizione individuali nei casi previsti dalla normativa vigente

- Verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c. 4)
- Verifica di assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti (ai sensi del D.Lgs 81/08, art. 41, c.4)

II. DOSI COMUNICATE DALL'ESPERTO QUALIFICATO SUCCESSIVAMENTE ALL'ULTIMA VISITA MEDICA

Dose per esposizione totale mSv

Di cui: a) Per esposizione accidentale mSv

b) Per esposizione di emergenza mSv

c) Per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

Dose a parti del corpo (1)

Dose efficace impegnata (2)

(1) Specificare quali

(2) Specificare radionuclidi

IV. ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio e ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

Condizioni generali Peso kg Altezza cm

- Cute. e annessi Nella norma Altro
- Linfonodi Nella norma Altro
- Capo e collo (tiroide) Nella norma Altro
- Apparato respiratorio Nella norma Altro
- Apparato Cardiovascolare Nella norma Altro
- PA FC
- Addome Nella norma Altro
- Organi ipocondriaci Nella norma Altro
- App. urogenitale Nella norma Altro
- Sistema nervoso Nella norma Altro
- Psiche Lucida Altro
- Apparato osteoarticolare Nella norma Vedi allegato Altro

Altri rilievi clinici No Si

V. ACCERTAMENTI INTEGRATIVI specialistici e/o di laboratorio
(elencare gli accertamenti eseguiti e riportare il numero di riferimento dei referti allegati)

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

PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE/AUTORIZZATO No Si

- 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65
.....
- Segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65
.....
- Lettera al curante

VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

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

Data

Il Medico Competente/Autorizzato

VII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni:
- Non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dell'esposizione

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi a decorrere dalla data della visita medica.

Sottoporre a nuova visita medica il

Avverso al giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro, entro il termine di 30 giorni, ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs 230/95 e ss.mm.ii.

Firma del lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

.....

VIII. GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA (ai sensi dell'art.41, c 6, D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

- Idoneo alla mansione specifica
- Idoneo parziale, temporaneamente o permanentemente con prescrizioni o limitazioni:

.....
.....

- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

Scadenza della visita medica successiva

Il lavoratore dichiara che i dati anamnestici sono stati correttamente espressi. Dichiara inoltre di essere stato informato 1) sul significato delle dosi ricevute (ai sensi dell' art. 84, comma 6, D.Lgs 230/95), sui risultati della sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1, lettera G-H D.Lgs 81/08 e s.m.i.), 2) sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, 3) che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro il termine di 30 giorni dalla notifica del certificato (ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08 e s.m.i.), 4) che può chiedere copia dei documenti sanitari (ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettera H del D.Lgs 81/08 e s.m.i.).

Consenso: nel rispetto delle disposizioni di cui al D Lgs 196/03 del 30/06/2003 e con salvaguardia del segreto professionale, con la presente esprimo il mio consenso a che i miei dati personali idonei a rilevare il mio stato di salute possano essere oggetto di trattamento, anche automatizzato, da parte del medico competente nominato ai sensi del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nell'ambito del perseguimento delle finalità di prevenzione e tutela dell'incolumità fisica, della salute e dell'ambiente in conformità con quanto previsto dalle normative vigenti in materia, fatto salvo il segreto professionale. In particolare il presente consenso autorizza il medico Competente anche a comunicare i suddetti dati ogni qualvolta detta comunicazione sia funzionale al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Data

Firma del lavoratore

Firma del medico competente

.....

IX. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Firma del medico

CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO SANITARIO

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il il presente documento sanitario personale completo di n. allegati, viene consegnato al Medico Dott.
Data Firma del medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. allegati.
Data Firma del medico subentrante

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il il presente documento sanitario personale completo di n. allegati, viene consegnato al Medico Dott.
Data Firma del medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. allegati.
Data Firma del medico subentrante

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il il presente documento sanitario personale completo di n. allegati, viene consegnato al Medico Dott.
Data Firma del medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. allegati.
Data Firma del medico subentrante

A) CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il il presente documento sanitario personale completo di n. allegati, viene consegnato al Medico Dott.
Data Firma del medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. allegati.
Data Firma del medico subentrante

CONSERVAZIONE IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO

Il lavoratore ha cessato il lavoro comportante esposizione al rischio da il (notificato il)

per :

- trasferimento ad altra attività
- cessazione del reparto
- declassificazione
- esaurimento del presente documento
- altre ragioni

Si giudica necessaria la prosecuzione della sorveglianza medica SI NO con visita medica

semestrale annuale, previa esecuzione dei seguenti accertamenti integrativi:

.....
Notifica della prosecuzione della sorveglianza medica al datore di lavoro il a mezzo

Data Firma del Medico

EVENTUALI ANNOTAZIONI

.....
.....

CESSAZIONE DELL'IMPRESA – RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il presente documento sanitario, completo di n. allegati, unitamente ai documenti di cui all'art. 81, comma 1, lettere d ed e del D. Lgs 230/95, viene trasmesso ai sensi dell' art. 90, comma 4, a per:

- cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il notificata il
- risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il notificata il (1)

Copia del presente documento sanitario viene consegnata/spedita per raccomandata R.R. al lavoratore ai sensi dell' art. 90, comma 2 del D. Lgs. 230/95.

Data Il Medico Il lavoratore

EVENTUALI ANNOTAZIONI

.....
.....

Il Medico

Note:

(1) la cessazione del rapporto di lavoro va comunicata dal Datore di Lavoro (dirigenti e preposti) all'Esperto Qualificato e al Medico ai sensi dell'art.61 del D. Lgs 230/95 come integrato dall'art. 4-bis di cui all'art. 13 del D. Lgs. 241/00

(2) ad esempio: motivazioni che hanno impedito la consegna diretta del documento, suggerimenti e consigli al lavoratore, rapporti col Medico Curante.

